

私は、訴訟等の目的に使用しないこと及び自由診療料金として定められた金額を支払うことに同意の上、以下の内容で貴センターセカンドオピニオン外来受診を申し込みます。

申込日 年 月 日 相談者氏名 印

(患者さん以外の方がご相談者の場合は「相談同意書」を添付して下さい)

フリガナ	生年月日・性別		
患者さんのお名前	年 月 日 (歳) 男 ・ 女		
患者さんのご住所	〒		
	TEL (- -) / FAX (- -)		
フリガナ	患者さんとの 続柄 (該当に✓)	<input type="checkbox"/> ご本人	
相談者氏名		<input type="checkbox"/> ご家族 (続柄)	
相談者のご連絡先	〒		
	TEL (- -) / FAX (- -)		
診断病名	1.	2.	3.
希望診療科・医師	【 】科【 】医師を希望 ※指定が無い場合は原則、部長又は副部長が担当します		
相談目的 該当するもの全てに✓	<input type="checkbox"/> 外科的治療法と内科的治療法のどちらを選択するか迷っている <input type="checkbox"/> 現在の治療法以外の治療法がないか相談したい <input type="checkbox"/> 大きな手術などを受けるように勧められている <input type="checkbox"/> その他 (下記に記入)		
今までの経過 欄が不足する場合は別紙をご用意下さい。			
現在の状況	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 在宅 (該当する状況に✓をしてから現在の状況を記してください。)		
現在おかけの医療機関と主治医	医療機関名 : 科名・主治医名 : (科) ・ (先生) 住所・電話 : TEL (- -)		
ご予約確定後にご用意頂く資料 予約日の【3営業日前】までに必着	必要書類 ・本申込書 (原本) ・相談同意書 (原本、患者さんご本人以外が相談者の場合) ・診療情報提供書 その他ご用意頂けるもの <input type="checkbox"/> 検査データ <input type="checkbox"/> 画像データ (分ける範囲で該当するもの全てに✓) <input type="checkbox"/> その他 ()		

日本赤十字社医療センター

セカンドオピニオン外来 相談同意書

日本赤十字社医療センター 院長 様

私（患者さん氏名）_____は、本同意書を持参した

（相談者氏名）_____（続柄）_____に対して、

貴センター担当医師が私の疾患についての診断、治療内容及び今後の見通しについて意見や判断を述べ、私の主治医に対する報告書が作成されることに同意いたします。

また、同席者は以下の通りとなります。（相談者の他に同席される方がいる場合に記載）

① （氏名）_____（続柄）_____

② （氏名）_____（続柄）_____

年 月 日

年 月 日 生

（患者さん氏名）_____ 印

- ※ 患者さんご本人が来院される場合や患者さんが未成年の場合は記入不要です。
- ※ ご相談者、同席者の本人確認書類（免許証・保険証などの写し）を添付してください。
- ※ 同意書記載の相談者・同席者以外の方は診察室にはお入りいただけません。
- ※ FAXで相談同意書をお送りいただいた場合は、原本を追って医療連携課セカンドオピニオン外来担当あてにご郵送ください。