

＜仙台厚生病院 セカンドオピニオン外来 申込書兼同意書＞

訴訟などの目的に使用しないことおよ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、
以下の内容でセカンドオピニオン外来受診の申し込みを申請します。

_____年 _____月 _____日 氏名 _____ 印

希望する診療科の□にチェックマークを入れて下さい。

(病状・内容によっては、ご希望とは別の診療科が担当する場合がございます。ご了承下さい。)

<input type="checkbox"/> 循環器内科	<input type="checkbox"/> 呼吸器内科	<input type="checkbox"/> 消化器内科	<input type="checkbox"/> 肝臓内科	<input type="checkbox"/> 放射線科
<input type="checkbox"/> 心臓血管外科	<input type="checkbox"/> 呼吸器外科	<input type="checkbox"/> 消化器外科	<input type="checkbox"/> 病理診断・臨床検査科	

名前 フリガナ	生年月日	性別	当院受診歴
氏名 (姓) _____ (名) _____	_____年 _____月 _____日	男・女	無・有(_____科)
ご住所 〒 _____ - _____		ご連絡先 TEL : _____ FAX : _____	
ご相談者のご住所・ご連絡先 (ご本人住所と同じ場合は同上で可) 〒 _____ TEL : _____ FAX : _____			
ご相談者の続柄 : _____			
疾患名 : _____			
ご相談の具体的な内容 (例) 主治医からは、〇〇病と言われ手術が必要とのことだが、他に治療方法はないか ※より詳細にご記載いただくと、取次ぎがスムーズになります。紹介状の添付がある場合は、そちらも添付をお願いします。			
紹介元医療機関と主治医名 _____ 病院 ・ クリニック ・ 医院 _____ 科 _____ 先生			

※ご家族のみでご相談にいらっしゃる場合は必ず下記にご記入下さい。

私(患者氏名)_____は、この同意書を持参した(相談者)_____に対して、
私の病気についての診断および治療の内容、今後の見通しについて、意見や判断を述べ、私の主治医宛に
報告書を作成することに同意いたします。

_____年 _____月 _____日 氏名 _____ 印