セカンドオピニオン外来申込書

私の病状について診断の内容や、現在及び今後の治療方法等に関するセカンドオピニオンの提供を、下記事項に同意の上、下北沢病院に申し込みをいたします。

□ 「セカンドオピニオン外来のご案内」の記載事項

□ 訴訟の目的に使用しないこと

□ 自由診療として定められた金額を支払うこと

　　　年　　　月　　　日

患者本人署名（18歳以上必須） 　　　　　　　　　　　　　　　　　 印

本人以外の場合の相談者署名 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 印

|  |  |
| --- | --- |
| 希望診療科 | 　　　　　　　　　　　　　　　科希望医師名　　　　　　　　　　　・なし |
| 患者様のお名前生年月日・年齢 | ふりがな　　　　　　　　　　　　　　（大正・昭和・平成・令和）氏　名　　　　　　　　　　(男･女)　 　　年　　月　　日(　　歳) |
| 患者様住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 患者様連絡先 | 電話　　　　　　　　　　　　携帯電話　　　　　　　　　　　　　　 |
| 相談者氏名・続柄 | ふりがな氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　（続柄　　　） |
| 相談者住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 相談者連絡先 | 電話　　　　　　　　　　　　携帯電話　　　　　　　　　　　　　　 |
| 主治医の医療機関とお名前 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　病院・診療所　　　　　　　　　　　科　　　　　　　　　　　　先生 |

（病院記入欄）

実施可否：　　可・否（否の場合理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

第1候補：　　　年　　　月　　　日（　　）　　　時　　　分（担当医師　　　　　　）

第2候補：　　　年　　　月　　　日（　　）　　　時　　　分（担当医師　　　　　　）

第3候補：　　　年　　　月　　　日（　　）　　　時　　　分（担当医師　　　　　　）

診療情報提供書・血液検査記録・心電図・呼吸機能・脳波・XP・CT・MRI・超音波・病理検査報告書・その他（　　　）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付者 | 担当医師 | 診療科長 | 連絡者 | 採番 | 予約登録 |
| 月　 日　印 | 月　 日　印 | 月　 日　印 | 月　 日　印 | 月　 日　印 | 月　 日　印 |