八戸赤十字病院　セカンドオピニオン申込書兼同意書

訴訟など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うえ、以下の内容でセカンドオピニオンの申し込みを申請します。

また、私（患者本人氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は、病気についての診断及び治療の内容、今後の見通しについて、意見や判断を聞き、私の主治医あての報告書が作成されることに同意します。

年　　月　　日　　患者氏名　　印

患者	氏　　名　　様	性別	（　男　・　女　）	
	生年月日　　年　　月　　日生	年齢	歳	
	郵便番号　　－ 住　　所 電話番号　（　　）－（　　）－（　　） FAX番号　（　　）－（　　）－（　　）			
相談者	患者との続柄　　ご本人　・　ご家族（続柄：　　） 郵便番号　　－　　（ご本人住所と同じ場合は同上で可） 住　　所 電話番号　（　　）－（　　）－（　　） FAX番号　（　　）－（　　）－（　　）			
現在の状況	□　入院中　・　□　通院中			
病　　名				
紹介元医療機関	医療機関名	（　　）　病院・医院・診療所		
	住　　所	〒　　－		
	診療科 主治医名	（　　）科　（　　）先生		

ご相談の目的（あてはまるものすべてに○をつけてください）

1　現在の診断や治療について説明を受けたい。

2　他に可能な治療法があるのか知りたい。

3　その他（　　）

質問したいこと （箇条書きで記入）	

（ご本人が当日相談にこられない場合等）

八戸赤十字病院長　様

私（患者本人氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は、この同意書の相談者に対して、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、意見や判断を述べることに同意いたします。

年　　月　　日　　患者氏名　　印