

大分県済生会日田病院 セカンドオピニオン外来申込書

セカンドオピニオン外来の趣旨を十分に理解し、特に訴訟等の目的に使用しないこと及びセカンドオピニオン外来として定められた費用（保険適応外）を支払うことに同意の上、下記のとおりセカンドオピニオン外来を申し込みます。

なお、以下の行為は貴院担当医師の許可無く行いません。

- (1) 説明の際に受領した資料を第三者（紹介元医療機関を除く）へ提出すること。
- (2) 相談中に相談内容を録音すること。

申込記入日 令和 年 月 日

患者氏名等	フリガナ (男・女) 明治・大正・昭和・平成・令和 氏名 年 月 日生 (歳)		
相談者	※患者さんご本人が相談される場合は、記入していただく必要はございません。		
	フリガナ 患者との続柄 氏名 (男・女) 本人・家族 ()		
	連絡先 (〒 -) ※番地まで記入して下さい。 住所		
		電話番号 固定 () 携帯 ()	
現在の状況	病名		
	医療機関名 ()	診療科 ()	
	主治医名 ()	通院中・入院中・その他 ()	
相談したい内容		
		
		
		
		
提出できる検査資料等	<input type="checkbox"/> 紹介状（診療情報提供書等） <input type="checkbox"/> レントゲンフィルム（CT等を含む） <input type="checkbox"/> 検査データ <input type="checkbox"/> その他 ()		

※以下、記入しないで下さい。

受付年月日	令和 年 月 日 ()		
担当診療科			相談医師名
相談日時	令和 年 月 日 ()		時 分
相談者への連絡	済 未		

患者本人以外が相談する場合必要

相 談 同 意 書

大分県済生会日田病院長 殿

私（患者氏名）
（相談者氏名）
は、本同意書を提出しました
（続柄： ）が、
貴院担当医師から私の疾患についての診断及び治療、今後の見通しなど
について意見や判断を聞くことに対して同意いたします。

なお、以下の行為は貴院担当医師の許可無く行いません。

- （１）説明の際に受領した資料を第三者（紹介元医療機関を除く）へ提出すること。
- （２）相談中に相談内容を録音すること。

令和 年 月 日

生年月日（明治・大正・昭和・平成・令和） 年 月 日生

（患者氏名） _____ 印

（親権者氏名） _____ 印