

済生会茨木病院 セカンドオピニオン 申込書

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、貴院のセカンドオピニオンを申し込みます。

平成 年 月 日

申込者 _____ 印

患者さまの氏名・性別	_____ 殿 (男・女)
生年月日(年齢)	(明治・大正・昭和・平成) 年 月 日生 (歳)
ご住所	〒
ご相談者の連絡先	TEL () FAX ()
ご相談者の続柄	ご本人 ・ ご家族(続柄)
ご相談の希望日	年 月 日 () 年 月 日 () 年 月 日 () 年 月 日 () (1～3週間後で都合の悪い日等があれば下記にご記入ください。)
疾患名	
ご相談の具体的な内容 (ご自由にお書きください。用紙が不足している場合には別紙でも結構です。)	
お持ちいただける資料	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書 <input type="checkbox"/> 血液検査の結果 <input type="checkbox"/> 超音波検査の結果と画像 <input type="checkbox"/> レントゲン検査、MRI検査、CT検査等の画像フィルム <input type="checkbox"/> 病理組織検査の結果 <input type="checkbox"/> 病理組織検査の標本(プレパラート) <input type="checkbox"/> その他 ()
主治医の医療機関と お名前	() 病院、診療所 () 科 () 先生 所在地 電話: - -

セカンドオピニオン 診療情報提供書

済生会茨木病院

担当医

科

先生

紹介元医療機関所在地及び名称

医師名

TEL

FAX

フリガナ		男 ・ 女	明・大・昭・平		
患者氏名	様		年	月	日生 歳
傷病名					
症状経過及び検査結果					
治療結果					
現在の処方					
今後の治療方針					

【相談者記入（家族のみ相談の場合）】

（別紙3）

済生会茨木病院 セカンドオピニオン
相談同意書

私（患者氏名） _____ は、本同意書を持参しました（相談者氏名）
_____（続柄： _____）に対して、貴院担当医師が私の疾患について
の診断および治療内容、今後見通しにつきまして、意見や判断を述べ、私の主治医あて
の報告書が作成されることに同意いたします。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

生年月日（大正、昭和、平成） _____ 年 _____ 月 _____ 日生

_____（患者様氏名） _____ 印