

セカンドオピニオン外来申込書・同意書

仙台赤十字病院 病院長 様

以下の1～4全ての内容に同意し、申請します。

1. 訴訟などの目的に使用しないこと
2. 患者・家族に関わらず自由診療料金として定められた金額を支払うこと
3. セカンドオピニオンの内容について主治医宛に報告書が作成されること
4. 原則として、主治医に戻ること

(当院あるいは他院での治療を希望する場合は、現在の主治医から改めて御紹介いただきます)

平成 年 月 日 申込者氏名 印

ご本人	フリガナ 氏名 _____ 男・女 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳) ご住所 〒 連絡先 - -
相談者	フリガナ 氏名 _____ 男・女 (本人との続柄 _____) 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳) ご住所 〒 連絡先 - - * 相談者の方は、原則2親等以内の方とさせていただきます。できれば続柄を証明できる物をご持参ください。
病名	
現主治医	【病院名】 _____ 【現主治医名】 _____
ご相談内容	* ご自由にお書きください

【ご本人が相談当日来院できない場合】 * できる限りご本人もご来院ください

私(本人氏名) _____ は、本同意書を持参した相談者(相談者氏名) _____ に対して、私の疾患についての診断・治療内容、今後の見通しについて、意見や判断を述べることに同意します。

平成 年 月 日 申込者氏名 印

【申込時に必要なもの】 本申込書・同意書 診療情報提供書 検査結果 画像フィルムまたはCD-ROM