

仙台厚生病院 セカンドオピニオン外来担当医師 殿

仙台厚生病院 セカンドオピニオン外来 申込書兼同意書

訴訟などの目的に使用しないことおよ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、以下の内容でセカンドオピニオン外来受診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および治療の内容、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いたします。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 患者氏名 _____ 印

患者氏名・性別	_____ 様 (男 ・ 女)
生年月日 (大正・昭和・平成)	_____ 年 _____ 月 _____ 日生 (_____ 歳)
ご本人の住所	〒 _____
ご相談者連絡先	
電話番号(TEL)	(_____) _____ .
ファックス番号(FAX)	(_____) _____ .
ご相談者の住所	(ご本人住所と同じ場合は同上で可) 〒 _____
ご相談者の続柄	ご本人 ・ ご家族 (続柄 _____)
病気(疾患)の名前	
ご相談の具体的な内容	(ご自由にお書きください)
主治医の医療機関と名前	(_____) 病院、診療所 . (_____) 科 (_____) 先生 (ご本人が申込・相談にこられない場合)

仙台厚生病院 セカンドオピニオン外来担当医師 殿

私(患者本人氏名)_____は、この同意書を持参した(相談名)_____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。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 患者氏名 _____ 印