国際医療福祉大学　三田病院

【セカンドオピニオン外来 相談同意書】

国際医療福祉大学 三田病院でのセカンドオピニオン外来受診に際して下記事項に同意のうえ、申し込み致します。（同意について、下記項目のチェック欄に ☑ 記載）

☐ 訴訟等の目的に使用しないこと

☐ 医療費・医療給付に関する相談目的に使用しないこと

☐ 自由診療費として定められた金額を支払うこと

☐ 診断・治療内容・相談内容について、主治医宛の報告者が作成されること

☐ 代理人　（氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（患者様との続柄）＿＿＿＿＿＿＿＿へ、質問に対する説明をすること

※１　患者様ご本人が来院される予定の場合においても、何らかのご都合によりご本人が来院できなくなってしまった場合として、代理人のご記入をお願いいたします。

※２　脊椎・脊髄センター、整形外科のセカンドオピニオンは、ご本人が来院できない場合、お受け出来ません。ご注意ください。

平成　　年　　月　　日

患者本人署名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　㊞

住　所　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

相談者（代理人）署名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　㊞

（患者本人が来院されない場合）

国際医療福祉大学　三田病院

【セカンドオピニオン外来　申込書】

■ 患者さま情報　　平成　　年　　月　　日

フリガナ			
氏　　名			㊞　男・女
生年月日	明治・大正・昭和・平成　　年　　月　　日（　　歳）		
住　　所	〒　　－		
電話番号		携帯電話	

■ 相談者（代理人）情報

フリガナ		患者さまとの続柄	
氏　　名			
住　　所	〒　　－		
電話番号		携帯電話	

■ 相談に関する医療情報

現在受診中の医療機関名
診療科・主治医　　科　　医師
疾患名（診断名）
用意する資料（〇印を記入） 準備資料 ： 診療情報提供書 ・ 画像（CD-ROM、フィルム） ・ 検査データ （採血結果、病理診断レポートなど） 病理標本（プレパラート）※ 病理診断 セカンドオピニオン外来の場合のみ 準備状況 ： 手元にある　・　これから準備（　　月　　日までに準備可能）
◆ご相談内容について、詳しくご記載ください。　※ 紙面が不足する場合、別紙作成の上ご提出ください。
◆相談日の予約について都合の悪い日・時間があればご記入ください※ 但し、ご期待に添えない場合がございます。予めご了承願います。