

セカンドオピニオン申込書

貴院の「セカンドオピニオン運用規定」に則り、下記の通りに申し込みます。

申し込み日： 年 月 日

患者様ご本人の署名 _____ 印

ご本人以外の相談者の署名 _____ 印

フリガナ 患者氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	(大正・昭和・平成・令和) 年 月 日		
フリガナ 相談者氏名		性別	男 ・ 女
相談者住所	電話番号 ()		
相談内容 (できるだけ具体的に)			
受診した医療機関	名称：		
	住所：		
	診療科：		
	主治医もしくは担当医		

年 月 日

啜生会脳神経外科病院セカンドオピニオン外来相談同意書

私（患者様氏名） _____ は、本同意書を持参しました。

（ご相談者） _____ （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、今後の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します。

患者様ご本人の署名 _____ 印

ご本人以外の相談者の署名 _____ 印