

セカンドオピニオン外来申込書・同意書

福島赤十字病院 病院長 様

以下の1～4全ての内容に同意し、セカンドオピニオンの申し込みをいたします。

1. 訴訟などの目的に使用しないこと
2. 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、今後の治療は現在の主治医に戻ることに同意します。

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: 大・昭・平 年 月 日(歳) ご住所: 〒 連絡先: - -
相談者 (ご本人の場合、氏名のみの記載で結構です。)	フリガナ 氏名: _____ 男・女 (本人との続柄) 生年月日: 大・昭・平 年 月 日(歳) ご住所: 〒 連絡先: - -
病名	(入院中 ・ 通院中)
主治医	病院名: 主治医名: _____ (科)
ご相談内容	* ご自由にお書きください

*** ご本人が相談当日に来院できない場合** (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)