

社会医療法人友愛会 友愛医療センター セカンドオピニオン申込書

自由診療費で定められた金額を支払う事に同意の上、以下の内容で、
貴院のセカンドオピニオンを申し込みます。

_____年 ____月 ____日 ご相談者 _____

患者様の氏名、性別	(フリガナ: _____)様 (男・女)
生年月日 (年齢)	_____年 ____月 ____日生 (____歳)
当院の来院履歴	無 ・ 有 → 有りの場合はカルテ番号(_____)
患者様の連絡先	【ご住所】
	【電話番号】 (自宅) _____ (携帯) _____
ご相談者の続柄	ご本人 ・ ご家族(続柄: _____)
疾患名	No1. No2. No3.
ご相談の具体的な内容 (文章でも箇条書きでも結構です)	持参予定の検査データ レントゲン画像 ・ C T ・ MRI ・ 病理 ・ 心電図 ・ 内視鏡写真 その他(_____)
	_____病院・医院 _____科
受診中の医療機関と 主治医のお名前	_____先生 電話(_____) _____

作成：2009年9月1日

改訂：2020年3月11日

社会医療法人友愛会 友愛医療センター
セカンドオピニオン同意書

社会医療法人友愛会
友愛医療センター 院長 殿

私、_____は、以下の者が私の代理人として、社会医療法人友愛会 友愛医療センターにおいてセカンドオピニオンを受けることに同意します。

尚、セカンドオピニオンを受けるために、代理人がセカンドオピニオンに必要な個人の診療情報を友愛医療センターの医師に提供すること、及びその情報に基づいた意見を友愛医療センターの医師が代理人に伝え、その報告書を紹介元の主治医に提供することについても、併せて同意します。

【 代理人 】 住 所 _____

氏 名 _____

年 月 日

【 本 人 】 住 所 _____

氏 名 _____

作成：2009年9月1日

改訂：2020年3月11日