|  |  |
| --- | --- |
| **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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 受診中の医療機関と  主治医のお名前 | 病院　・　医院　　　　　　　　　　　　　　　　　科 |
| 先生　　　　　電話（　　　　　）　　　　　　－ |

作成：2009年9月1日

改訂：2020年8月1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私  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8月1日