

J R 仙台病院セカンドオピニオン外来申込書

訴訟等の目的に使用しないこと及び自由診療料金として定められた金額を支払うことに同意のうえ、以下の内容で、貴院のセカンドオピニオン外来受診を申し込みます。

記入日： 年 月 日 氏名： 印

患者さま情報	フリガナ			性別		
	患者氏名			男・女		
	生年月日	年	月	日生	年齢 (歳)	
	住所	〒 ー				
連絡先	TEL	()				
	携帯	()				
相談に来られる方	<input type="checkbox"/> 患者さま本人 ・ <input type="checkbox"/> ご家族 (続柄：)					
相談者情報 ※相談者が患者さま 以外の場合に記入	フリガナ					
	相談者氏名					
	連絡先	TEL	()			
		携帯	()			
相談希望日時	第一希望：	年	月	日 ()	時	分
	第二希望：	年	月	日 ()	時	分

疾患名	1	
	2	
	3	

ご相談の具体的な内容
(ご自由にご記入ください。この用紙が不足の場合は、別紙にご記入いただき、添付してください。)

主治医の医療機関名とお名前	医療機関名：	
	診療科：	科
	主治医：	先生

【同意書】 ご家族のみで相談の場合は、必ず下記のご記入をお願いいたします。

私（患者さま氏名） _____ は、貴院担当医が、（相談者） _____ に対して、
私の疾患に係る診断、治療内容及び今後の見通しについて、意見や判断を述べ、私の主治医宛
に報告書を作成することに同意いたします。

年 月 日

患者さま氏名 _____

以下病院記入欄

相談予約日時： 年 月 日（ ） 時 分