

三菱京都病院 セカンドオピニオン外来申込み書

セカンドオピニオン外来の趣旨を十分に理解し、特に訴訟等の目的に利用しないこと
及びセカンドオピニオン料として定められた費用(保険適用外)を支払うこと等に同意の上
下記のとおりセカンドオピニオン外来を申し込みます

患者氏名等	フリガナ (氏名) 男・女	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)
相談者	フリガナ (氏名) 男・女	患者との続柄 本人・家族 ()
	住所	〒 -
	連絡先	TEL () FAX ()
現在の状況	病院名	通院中・入院中・その他 ()
	診療科	
	病名	
提出できる検査資料等	<input type="checkbox"/> 紹介状 (診療情報提供書) <input type="checkbox"/> 検査データ <input type="checkbox"/> レントゲンフィルム (CT等含む) <input type="checkbox"/> その他 ()	
相談したい内容	 	

*太線内記入のうえ、郵便もしくは直接持参により、お申し込みください。

*以下は、病院側の記入欄ですので記入しないでください。

相談可否	可・否	否の理由	診療科部長 確認欄
------	-----	------	--------------

申込み書受理	担当診療科	相談予約日時	相談者への連絡	備考
年 月 日 () 受理者	医師名	年 月 日 () 時 分~	年 月 日 () 連絡者	

三菱京都病院 セカンドオピニオン外来
相 談 同 意 書

(患者様氏名)

私

は、本同意書を持参しました

(ご相談者氏名)

に対して、貴院担当医師が私の疾患についての

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致します。

年 月 日

生年月日

大正・昭和・平成 年 月 日生

患者様氏名

印

* 家族であることを証明出来るもの(健康保険証 等)を 必ず持参して下さい。