

セカンドオピニオン申込書

潤和会記念病院長 殿

この度、貴院にて下記の患者に関わるセカンドオピニオンの提供を受けるにあたり、患者及び相談者ともにその趣旨を理解し、患者の同意の下申し込みいたします。

また、自由診療料金として定められた金額を支払うことについても同意いたします。

なお、治療結果の評価、医療費用、医療給付、医療訴訟などに関わる相談はいたしません。

| | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|--------|------|-----------------------|
| (フリガナ) 患者氏名 | | 男 女 | 生年月日 | 明・大・昭・平 年 月 日 (才) |
| 住 所 | 〒 電話 () | | | |
| (フリガナ) 患者氏名 | | 男 女 | 生年月日 | 明・大・昭・平 年 月 日 (才) |
| 住 所 | 〒 電話 () | | | |
| (1) ご相談の目的 | | | | |
| (2) 今までの治療経過 | | | | |
| (3) 現在の状況 (入院中 ・ 通院中 ・ 在宅) 病名 : 知っている ・ 知らない ・ わからない 歩行 : 一人で歩ける ・ 歩けない 食事 : 普通に食べられる ・ 少し食べれる ・ 食べられない 主な訴え : その他の症状 : | | | | |
| (4) 現在の入院先または通院先 所在地 : _____ 病院名 : _____ 主治医氏名 : _____ 電話 : () | | | | |