

(様式2)

セカンドオピニオン外来申込書

私の症状についての診断の内容や、現在及び今後の治療方針等に関するセカンドオピニオンの提供を、訴訟等の目的に使用しないこと、病院が定めた料金の金額を支払うこと並びに「セカンドオピニオン外来を希望される方」などの記載事項に同意の上、青森労災病院のセカンドオピニオン外来を申し込みいたします。

申込日 年 月 日

患者本人署名(原則として18歳未満以外必須) _____ 印

本人以外の場合の相談者署名 _____ 印

相談者		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族		希望診療科		科	
患者	(フリガナ)			男	生年月日	年 月 日	(歳)
	氏名			女			
	住所	〒 -					
連絡先	電話	-	-	FAX	-	-	

*患者さんご本人がご来院される場合は下記の「相談者」欄の記入は不要です。

相談者	(フリガナ)			男	生年月日	年 月 日	(歳)
	氏名			女			
	住所	〒 -					
連絡先	電話	-	-	FAX	-	-	
現在の主治医	医療機関名・ 主治医名	病院・医院・診療所		科		先生	
	住所 (分かる範囲で記入 してください)	〒 -					
	電話	-	-	FAX	-	-	

(病院記入欄)

実施の可否	可 ・ 否 (否の場合は、理由書を作成してください。申込者に送付します。)						
相談予定日	第1候補日	年	月	日	時	分	担当医師
	第2候補日	年	月	日	時	分	担当医師
	第3候補日	年	月	日	時	分	担当医師
申込書受領日	年 月 日				受領者名		
連絡日時	年 月 日 時 分				担当者名		