

医療法人 山下病院 セカンドオピニオン外来申込書 (別紙1)

私の病状について診断の内容や、現在および今後の治療法等に関するセカンドオピニオンの提供を下記事項に同意の上、医療法人山下病院に申込みをいたします。

- セカンドオピニオン外来相談時に、当院での検査・治療など診療行為を希望しないこと
- 最初から転医・転院が前提の相談ではないこと
- 主治医に対する不満、医療過誤および裁判係争中に関する相談ではないこと
- 医療費の内容、医療給付に関する相談ではないこと
- 主治医が了承した上での相談であること
- 訴訟の目的に使用しないこと
- 自由診療料金として定められた金額を支払うこと
- その他詳細については「医療法人山下病院 セカンドオピニオン外来のご案内」の記載事項について確認し、同意すること

↑全項目同意の上、チェック☑を入れて下さい。

令和 年 月 日

患者本人署名(原則18歳未満以外必須) _____ 印

本人以外の場合の相談者署名 _____ 印

※ご家族受診の際も患者本人署名を記入のうえ、捺印またはサインをお願いいたします。

申込日 令和 年 月 日

患者の氏名	フリガナ <div style="text-align: right;">男・女</div>
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日
住所および電話番号	住所：〒 _____ 電話 () FAX 携帯
相談者	フリガナ _____ 患者様との続柄 氏名
相談者連絡先	住所：〒 _____ 電話 () FAX 携帯
病名	
医師に相談される内容	
現在かかっている医療機関と主治医名	医療機関名： (外来通院中・入院中) 医療機関住所： 医療機関TEL： 診療科： 主治医名：
* 当院使用欄	相談日時 _____ 場所： 診察室 令和 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分まで 診療科： 消化器外科 医師名：