

# セカンドオピニオン申込書

申込日 年 月 日

星ヶ丘医療センター院長 殿

住所	(〒 - )	
フリガナ 氏名	連絡先(電話番号)	
	(自宅) ( ) -	
申込者	患者本人・患者家族	(携帯) ( ) -

下記のとおり申し込みます。

① 患者氏名	フリガナ		性別	男 <input type="checkbox"/>	生年月日(満年齢)	M・T	年 月 日(歳)	S・H
				女 <input type="checkbox"/>				
現住所	(〒 - )							
連絡先電話番号	(自宅) ( ) -		(携帯) ( ) -					
② 面談者氏名 (患者本人以外が面談を受ける場合)	フリガナ			患者との続柄				
			他に同席する面談者数					
③ 現在の診療状況	<input type="checkbox"/> 外来通院中	<input type="checkbox"/> 入院中	病院等の名称					
④ 事前提出でき 資料 (診療情報提供資料)	<input type="checkbox"/> 病状説明書(診療情報提供書II等)		受領 <input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/> 検査データ		受領 <input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/> レントゲンフィルム(CT等含む)		受領 <input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/> その他 ( )		受領 <input type="checkbox"/>					
⑤ 所見を求めたい内容(要点を簡単に記入してください)								
(注) 下記のような患者さんは、セカンドオピニオンの対象となりませんのでご注意ください。 ・医療訴訟を目的としている方 ・現主治医と感情的にうまくいかないなどの理由で当院への転院を希望されている方								

※太線枠内は記入しないでください

病院記入欄
申込書受理日
年 月 日
受理者署名
事前資料受理日
年 月 日
受理者署名
担当診療科名
担当医師名
面談予約日時
年 月 日 ( )
時 分 ~
面談者への連絡日
年 月 日
連絡者署名
備考