

# 大和市立病院 セカンドオピニオン申込書

以下の事項について同意いたしましたのでセカンドオピニオンの申し込みをします。

1. 訴訟などの目的に使用しない
2. 自由診療料金として定められた金額を支払う
3. 貴院担当医師の許可なく説明時に受領した資料を紹介元医療機関以外の第三者に提出しない
4. 貴院担当医師の許可なく相談内容を録音しない

令和      年      月      日      相談者氏名

患者様との続柄

患者様のお名前 性別	フリガナ  男・女	生年 月日	明治・大正・昭和・平成・令和  年      月      日（      歳）
患者様の住所 連絡先	〒      当院登録番号  電話番号：      携帯電話： Eメール：		
相談者の住所 連絡先	〒  電話番号：      携帯電話： Eメール：		
疾 患 名	※ ※ ※		
ご相談内容  （ご自由にお書きください。記入欄が足りない場合は別紙を添付していただいても結構です）			
患者様の現在の状況	入院中      通院中      その他（      ） 入院先または通院先医療機関名及び主治医のお名前 医療機関名：      科      医師  住 所： 電話番号：		
お持ちいただける資料	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 紹介状（診療情報提供書）</li> <li>・ X Pフィルム（      枚）</li> <li>・ CD-ROM      ・ DVD</li> <li>・ 検査記録</li> <li>・ その他（      ）</li> </ul>		