

セカンドオピニオン申込書

	申込日	年	月	日	
フリガナ		生年月日	年	月	日
患者さま氏名	(男・女)				
患者さま住所	〒 -				
電話番号	() - ※平日の日中に連絡が取れる番号をご記入ください				
当院診察券番号	※診察券をお持ちの場合ご記入ください				

フリガナ		患者さまとの続柄	
代理人 氏名	(男・女)		
代理人 現住所	〒 -		
代理人 電話番号	() - ※平日の日中に連絡が取れる番号をご記入ください		

*ご本人が相談される場合は記入不要です。代理人のみでご相談の場合、患者様ご本人の同意書も必要となります。

持参できる資料	<input type="checkbox"/> 画像写真	<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> 超音波検査結果
	<input type="checkbox"/> 超音波検査結果	<input type="checkbox"/> その他()		

相談希望日	<input type="checkbox"/> 病院の指定する日時で可											
	第1希望	月	日	曜日	第2希望	月	日	曜日	第3希望	月	日	曜日

*希望日に添えない場合がありますのでご了承ください

※代理人の方によるご相談の場合は、下記同意書の記入及び原則一親等以内であることを証明する書類
(マイナンバーカード、住民票、戸籍抄本 等)の控を添付下さい。

(相談者がご本人の場合は不要)

セカンドオピニオン同意書

丸山記念総合病院 病院長 殿

私は、以下の代理人に私の病状等に関する資料を持参させ、貴院の担当医師へ
セカンドオピニオンを求めることに同意いたします。

同意年月日 年 月 日

患者さま氏名 (小学生以下は不要) (自署)

代理人氏名 (自署)

患者様との続柄