安曇野赤十字病院セカンドオピニオン外来　申込書兼同意書

　◆訴訟等の目的に使用しないことおよび相談料金として定められた金額を支払うことに同意のうえ、以下の内容で貴院のセカンドオピニオン外来の申し込みをします。

　　　　年　　　月　　　日　　　　　　ご相談者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 患者様 | 氏　　名 | （　男・　女　） |
| 生年月日 | 大正・昭和・平成・令和　　　　年　　　　月　　　　日生（　　　　歳） |
| 住　　所 | 〒 |
| 連絡先 | ＴＥＬ |
| 主治医のお名前 | 病院　・　診療所  　　　　　　　　　　科　　　　　　　　　　　　　　　先生 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ご相談者 | 氏　　名 |  |
| 続　　柄 | ご本人　　・　　ご家族　（続柄　　　　　　　　　） |
| 住　　所 | 〒 |
| 連 絡 先  優先順位を数字で記載してください。 | ＴＥＬ  携帯番号  ＦＡＸ |

|  |
| --- |
| 患者様の現在の状況  病名  ご相談の具体的な内容（別紙用紙でも結構です） |

◆私（患者様本人）　　　　　　　　　　　　　　　は、貴院担当医師が私の疾患についての診断及び治療内容、今後の見通しにつきまして意見や判断を述べ、私の主治医宛ての報告書が作成されることに同意いたします。

　　　　　年　　　月　　　　日　　　　　患者様本人　　　　　　　　　　　　　　　　印

安曇野赤十字病院

ご家族等による相談の場合の同意書

**安曇野赤十字病院セカンドオピニオン外来**

**相談同意書**

　安曇野赤十字病院長　様

私は（患者様氏名）　　　　　　　　　　　　　　　は、本同意書を持参する

ご相談者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　（続柄　　　　　　）に対して、

貴院担当医師が私の疾患についての診断及び治療内容、今後の見通しにつきまして

意見や判断を述べ、私の主治医宛ての報告書が作成されることに同意いたします。

　　年　　月　　日

患者様氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

生年月日　　大正・昭和・平成・令和　　　　　年　　　　月　　　　日生

注1）同意書の記入は患者様の自筆でお願いいたします。

注2）ご相談者は本人を証明するもの（保険証、運転免許証）をご持参ください。

安曇野赤十字病院