

令和 年 月 日

セカンドオピニオン申込書

東海中央病院 病院長 様

このたび、貴院にて下記の患者に関わるセカンドオピニオンの提供を受けるにあたり、患者及び相談者とともにその趣旨を理解し、患者の同意のもと申込みいたします。

なお、治療結果の評価、医療費用、医療給付、医療訴訟などに関わる相談はいたしません。

(フリガナ) 患者氏名		男 ・ 女	生年月日	T・S・H・R	年 月 日 (歳)
			当院受診歴	あり(ID)・なし
住 所	〒	保険者番号			
	電話 ()	記号・番号			
(フリガナ) 相談者氏名		男 ・ 女	生年月日	T・S・H	年 月 日
			患者との続柄		
相談者住所	〒			電話	()
(1) 相談の目的					
(2) 今までの治療経過					
(3) 現在の状況 (入院中 ・ 通院中 ・ 在宅)					
病 名 : 知っている ・ 知らない ・ 分からない					
歩 行 : 一人で歩ける ・ 歩けない					
食 事 : 普通に食べられる ・ 少し食べられる ・ 食べられない					
主な訴え:					
その他の状況:					
(4) 現在の入院先または通院先					
所在地:		診療科名		科	
病院名:		主治医名			
		電 話		()	
		F A X			