

# 香取おみがわ医療センター セカンドオピニオン申込書

年 月 日

以下事項に同意の上、セカンドオピニオンを申し込みいたします。

- ・訴訟などの目的に使用しないこと
- ・定められた料金(自費)を支払うこと

患者様のお名前	フリガナ	生年月日	性別
		明・大・昭・平 年 月 日	男 ・ 女
患者様のご住所・ お電話番号	〒 電話番号 ( )		
当院受診歴	有り 無し (診察券番号 )		
相談者のお名前	フリガナ	患者様と の続柄	
相談者のご住所・ お電話番号	〒 (相談者が患者様本人の場合は記入不要です。) 電話番号 ( )		
現在治療中の 医療機関名	医療機関名： 主治医氏名： (お分かりになる範囲で結構です。)		
ご持参いただ いたもの	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書(紹介状) <input type="checkbox"/> レントゲン等画像    (☑してください) <input type="checkbox"/> 検査結果 <input type="checkbox"/> カルテの写し <input type="checkbox"/> その他( )		
その他ご要望等 ありましたらお書 きください			

香取おみがわ医療センター セカンドオピニオン  
相談同意書

香取おみがわ医療センター 様

私(患者様のお名前) \_\_\_\_\_ は、私の指名した代理人  
に対し、私の疾患についての診断及び治療内容に関し、セカンドオピニオン  
として貴院担当医師が判断や意見を述べること、私の主治医あての報告書  
が作成されることに同意します。

本同意書を持参しました代理人

①(代理人お名前) \_\_\_\_\_ 続柄( ) \_\_\_\_\_  
②(代理人お名前) \_\_\_\_\_ 続柄( ) \_\_\_\_\_  
③(代理人お名前) \_\_\_\_\_ 続柄( ) \_\_\_\_\_

年 月 日

署名(患者様のお名前)  
\_\_\_\_\_

住所  
\_\_\_\_\_

※本同意書を持参される代理人の方は、ご本人確認のできるもの(健康保険証・運転免許証など)をお持ちください。また、コピーをいただくこともあります。ご了承ください。  
代理人の方が多く書ききれない場合は、余白にご記入ください。