

独立行政法人国立病院機構弘前病院 セカンドオピニオン申込書兼同意書

訴訟等の目的に使用しないこと及び自由診療料金として定められた金額を支払うこと、また、患者の病気についての診断、治療の内容及び今後の治療方針について意見や判断を聞き、患者の主治医あての報告書が作成されることに同意のうえ、貴院のセカンドオピニオンを申し込みます。

申込日 令和 年 月 日 相談者氏名 印

患者	フリガナ		性別	生年月日
	氏名		男・女	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)
	住所 〒 _____ 電話()-()-() 携帯()-()-()			
(患者本人の相談者 不要)の場合 は記載	フリガナ		性別	生年月日
	氏名		男・女	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)
	住所 〒 _____ 電話()-()-() 携帯()-()-()			
	患者との続柄		ご家族 (続柄:)	
現在の状況	病名			
	紹介元医療	医療機関名		
		住所 〒 _____ 電話()-()-() FAX()-()-()		
		診療科		
主治医名				
ご相談の内容 (詳しくご記入ください)				

相談者が患者本人以外である場合

独立行政法人国立病院機構弘前病院長 様

私(患者本人氏名) _____ は、本セカンドオピニオン申込書兼同意書の相談者が、私の病気についての診断、治療の内容及び今後の治療方針について意見や判断を聞くことに同意します。

令和 年 月 日 患者氏名 印