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及び自由診療料金として定められた金額を支払うことに同意の上、
下記の内容で、セカンドオピニオン外来での相談を申し込みます。

年　　月　　日

患者本人	受診歴	当院に受診したことはありますか？　なし　・　あり			
	ふりがな		男・女	T S H　年　月　日生	歳
	氏名				
	住所	〒		TEL　－　－	

※家族が相談される場合は、患者本人の同意書も必要となります。本人が相談される場合は記入不要です。

※代理人	ふりがな		患者本人との続柄
	氏名		
	住所	〒	TEL　－　－

相談内容	現在かかられている医療機関名と担当医師名（現状を分かる範囲でご記入ください） 医療機関名（　　） 担当医師　（　　）
	病名又は症状（現状をわかる範囲でご記入ください）
	その他（現在までの経過や聞きたいことを具体的にご記入ください）

医療法人順風会　天山病院