岡山旭東病院　セカンドオピニオン申込書

訴訟など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に申し込みます。

なお、以下の行為は貴院担当医師の許可無く行いません。

（1）説明の際に受領した資料を第三者（紹介元医療機関を除く）へ提出すること。

（2）相談中に相談内容を録音すること。

平成　　年　　月　　日　　ご相談者名＿＿＿＿＿＿＿＿

患者様の氏名、性別	フリガナ
生年月日（年齢）	（大正　昭和　平成）　　年　　月　　日　（　　歳）
ご住所	〒
ご連絡先	TEL（自宅）　（　　）　　携帯電話をお持ちの方は （携帯）　（　　）　　必ず記入して下さい。 FAX　（　　）
ご相談者の続柄	ご本人 ご家族（続柄）
疾患名（おわかりになる範囲で）	
ご相談の具体的内容 （ご自由にお書きください。用紙が不足する場合は別紙でも結構です）	
現在のかかっている医療機関と主治医名	＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿病院・医院　現在、(外来通院中・入院中) ＿＿＿＿＿＿＿＿科　＿＿＿＿＿＿＿＿先生
主治医の連絡先 （おわかりになる範囲で）	電話等

・セカンドオピニオンのお申し込みには現在の主治医のご了承が必要です。
　あらかじめご相談いただき申し込み時に診療情報提供書をお持ちください。

・ご相談内容によりお受けできない場合もありますのでご了承ください。

・ご指定の受診科・担当医師はご希望通りにならない可能性があります。
　後日改めて結果につきましてご連絡差し上げます。

・ご記入いただきました個人情報は、今回のご相談のみで使用し、その他の第三者に提供することはありません。
　お申込終了後、適切な安全管理措置にて保管いたします。