

# 岡山旭東病院セカンドオピニオン外来 申込書

当院 HP



私の病状についての診断内容や、現在及び今後の治療法等に関するセカンドオピニオンの提供を、  
当院 HP 掲載の「セカンドオピニオン外来のご案内」に記載された事項を確認のうえ、  
岡山旭東病院に申し込みます。

申込日： 年 月 日

患者本人署名：

本人以外の相談者名：

患者氏名、性別	フリガナ 性別 (男性・女性)
生年月日(年齢)	(大正 昭和 平成 令和) 年 月 日 ( 歳)
住所・連絡先	住所：〒 電話： FAX： 日中連絡先または、携帯電話
相談者の続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族(続柄： )
希望診療科	
疾患名 (おわかりになる範囲で)	
具体的な相談内容 (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)	
現在通院中 医療機関と主治医	病院・診療所 現在 ( 外来通院中・入院中 ) 診療科・医師名

## 岡山旭東病院セカンドオピニオン外来 相談委任状 (患者本人が来院されない場合はご記入ください)

私(患者氏名) \_\_\_\_\_ は、

私の病状について、下記代理人が私に代わり、岡山旭東病院セカンドオピニオン外来に相談をおこなうことを委任します。また、本相談に必要な診療情報(診療情報提供書・検査結果・画像データ等)を提供すること、および医師から代理人へ説明が行われることに同意します。

代理人氏名： \_\_\_\_\_ (続柄) \_\_\_\_\_

委任日： 年 月 日 患者本人署名： \_\_\_\_\_

### 病院記入欄

相談予定日	年 月 日 曜日
時間	時 分～ 時 分