

## 今村総合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を申し込みます。

なお、以下の行為は貴院担当医師の許可なく行いません。

- (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。

令和 年 月 日 ご相談者名 \_\_\_\_\_

患者様の氏名(性別)	フリガナ  様 (男 女)
生年月日(年齢)	(大正 昭和 平成 令和)  年 月 日( 歳)
ご住所	〒
ご連絡先	TEL ( ) 携帯電話をお持ちの方は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	
ご相談の内容 ※ご自由に記入してください。 用紙が不足する場合は別紙でも構いません。	
①かかっている医療機関名 ②診療科・主治医名	① _____ 病院・医院 ② _____ 科 _____ 先生
主治医の連絡先 ※おわかりになる範囲で	TEL ( )