

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、
以下の内容で、貴院のセカンドオピニオン外来受診を申し込みます。

令和 年 月 日

相談者氏名 _____ 印

患者さん情報 注. 日中に連絡がとれる 連絡先をご記入下さい	フリガナ		性別
	氏名		男・女
	当院受診歴の有無	有 ・ 無	
	生年月日 年齢	(大正・昭和・平成・令和) 年 月 日 (歳)	
	住所	〒	
	連絡先	電話： FAX：	
相談に来られる方	本人 ・ 家族 (続柄)		
相談者情報 注1.相談者が本人の場合 は記載不要 注2.日中に連絡がとれる 連絡先をご記入下さい	フリガナ		
	氏名		
	住所	〒	
	連絡先	電話： FAX：	
疾患名	1. 2. 3.		
相談の具体的内容			
受診希望診療科名	1. 脳神経外科 2. 血管内脳神経外科 3. 脳血管内科 4. 脳神経内科		
紹介元医療機関	主治医の医療機関 () 病院、クリニック、医院 医師名 () 科 () 先生		

【同意書】 ご家族の方のみで相談する場合は必ず以下の欄にもご記入下さい

私（患者さん氏名） _____ は、貴院担当医が（相談者） _____ に対して、私の疾患についての診断
及び治療内容、今後の見通しについて、意見や判断を述べ、私の主治医宛てに報告書を作成することに同意いたします。

令和 年 月 日

患者さん氏名 _____ 印

【送付先】 広南病院 患者サポートセンター医療連携担当

〒982-8523 宮城県仙台市太白区長町南4丁目20番1号

電話 0570-077703 FAX 022-308-7372（直通）

<病院記載欄>

診察予約日時： 令和 年 月 日 () 午前・午後 時 分

診療科： 科 医師名：

セカンドオピニオン外来 申込書兼同意書記載例

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、
以下の内容で、貴院のセカンドオピニオン外来受診を申し込みます。

令和 年 月 日

患者さんご本人が相談に来院できない場合の記載例

相談に来院される方

- ・原則として患者さんご本人
- ・患者さんご本人が来院できない場合は、
来院されるご家族（2親等以内）
- ・患者さんが18歳未満の場合は、親権者

氏名 広南 花子 印

患者さん情報 注. 日中に連絡がとれる 連絡先をご記入下さい	フリガナ	コウナン タロウ	性別
	氏名	広南 太郎	男・女
	当院受診歴の有無	有 ・ 無	
	生年月日 年齢	(大正・昭和 平成・令和) 〇年 〇月 〇日 (〇〇歳)	
	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 仙台市〇〇区〇〇 〇 丁目〇番〇号	
	連絡先	電話：〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 FAX：〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	
相談に来られる方	本人 ・ 家族 (続柄 妻)		
相談者情報 注1.相談者が本人の場合 は記載不要 注2.日中に連絡がとれる 連絡先をご記入下さい	フリガナ	コウナン ハナコ	
	氏名	広南 花子	
	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 仙台市〇〇区〇〇 〇 丁目〇番〇号	
	連絡先	電話：〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 FAX：〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	
疾患名	1. 〇〇病 2. 3.		
相談の具体的内容	主治医に記入してもらう必要はありません。主治医に説明されたことを自身の 言葉でお書き下さい。最も聞きたいことから順番に箇条書きでお書き下さい。 (例) 1. 主治医からは、〇〇手術が必要と言われたが、他に治療方法はないか。 また記入欄が不足する場合は適宜用紙に記入し添付して下さい。		
受診希望診療科名	1. 脳神経外科 2. 血管内脳神経外科 3. 脳血管内科 4. 脳神経内科		
紹介元医療機関	主治医の医療機関 (〇〇) 病院 クリニック、医院 医師名 (〇〇〇〇) 科 (〇〇〇〇) 先生		

【同意書】ご家族の方のみで相談する場合は必ず以下の欄にもご記入下さい

患者さんご本人が相談に来院できない場合は記入必須（但し、患者さんが18歳未満の場合は記入不要）

私（患者さん氏名） 広南太郎 は、貴院担当医が（相談者） 広南花子 に対して、私の疾患についての診断
及び治療内容、今後の見通しについて、意見や判断を述べ、私の主治医宛てに報告書を作成することに同意いたします。

令和 年 月 日

患者さん氏名 広南 太郎 印