

セカンドオピニオン申込書兼同意書

私は、別紙の「セカンドオピニオンについて」の内容について同意のうえ、以下のとおり貴院のセカンドオピニオンを申込みます。

申込日：令和 年 月 日

患者さま	フリガナ	
	氏名	様（男・女）
	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日（ 歳）
	住所	〒
	連絡先	TEL
※ ご相談者	フリガナ	
	氏名	
	患者さまとの続柄	
	住所	〒
	連絡先	TEL
現在症状	病名： 症状：	
相談内容		
現在かかっている 医療機関	病院名：	科
	主治医：	
	所在地：	
	TEL：	

※セカンドオピニオンは、健康保険は使えません。全額自費での支払いとなります。

※ご本人が来院されない場合はご本人の委任状が必要です。

※ご相談者が患者さま本人の場合はご相談者欄の記入は不要です。