吉田病院セカンドオピニオン申込書　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、また貴院でのセカンドオピニオンが受けられない場合があることを同意の上、申し込み致します。

申し込み日：　　年　　月　　日　　氏名：　　印

患者さま氏名		生年月日	年　　月　　日
患者さま ご住所	〒　　－		
申請者	患者さま本人　　ご家族（続き柄　　）　その他（　　） ＊ご本人以外は、患者さまの同意が必要です		
申請者連絡先	住所：〒　　－ 連絡先　：　　－　　－ 生年月日　　年　　月　　日		
ご相談の 具体的内容			
主治医の医療 機関・医師名 等	医療機関名：（　　） 診療科名　：（　　科・　　科・　　科） 電話番号　：（　　－　　－　　）		
特に配慮が必要な事項・その他質問事項			

本　人　同　意　書

私は、上記内容について申請者（　　）が、社会医療法人平和会吉田病院でセカンドオピニオンを受け担当医師が意見や判断等を述べることに同意します。また担当医師より私の主治医宛に報告書等を送付することに同意します。（ご本人の場合は記載不要）

同意書記載日：　　年　　月　　日

患者さま本人（自筆）　　印