

セカンドオピニオン外来受診申込書（兼）同意書

平成 年 月 日

社会医療法人 明陽会 成田記念病院

私（患者様氏名）： _____ は、下記の各事項に相違がないことを確認し、貴院担当医師が私の疾患についての診断及び治療内容、今後の見通しや意見を相談対象者に対して述べることを同意します。

【注意事項】

- 現在治療を受けている医師（以下、主治医）に対する不満を相談される場合、転医・転入院希望の場合、医療費・医療事故・医療訴訟等の裁判、説明の際に受領した資料等を主治医以外の第三者への提供、死亡された患者様を対象とする場合、診断書・証明書の発行を目的とする場合、主治医の了解が得られていない場合はお受けすることができません。
- セカンドオピニオン外来受診にあたり、当院担当医師より受診内容を主治医に報告致します。

【申込事項】

- 以下の内容につき、セカンドオピニオン外来受診にて相談することを希望します。

*複数・別紙回答可

- セカンドオピニオン外来受診にあたり、以下の相談対象者（本人・家族・本人と家族）への説明を希望します。

(フリガナ)

① 氏名： _____ 続柄： _____

(フリガナ)

② 氏名： _____ 続柄： _____

(フリガナ)

③ 氏名： _____ 続柄： _____

(フリガナ)

患者様氏名： _____ 印

生年月日：(大正・昭和・平成) 年 月 日

住所： _____

連絡先： _____