

新小文字病院 セカンドオピニオン 申込書

患者様	氏名	(フリガナ)
	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)
	住所	〒
	連絡先	TEL :
FAX :		
Email :		
ご相談者様	氏名	(フリガナ)
	続柄	ご本人・ご家族 (氏名 続柄)
		その他 (氏名 続柄)
相談日来院者	ご本人・ご家族 (氏名 続柄)	
疾患名	#1	
	#2	
	#3	
具体的な相談内容		
主治医の医療機関	(病院・医院・クリニック)	
医師名	(科 先生)	
電話番号	TEL : - -	
相談日についてご都合の悪い日時をお知らせください		

- 新小文字病院でのセカンドオピニオンを受けることについて「主治医」に了解を得ていただきます。
- 自由診療として定められた金額をお支払いしていただきます。
- 当院に転院や治療を希望される場合は元の医療機関にお戻りいただき、改めて当院での治療を希望する旨の紹介状をかいてもらい受診に来ていただきます。
- 医療事故、裁判に関わる相談、主治医に対する不満等の相談はお受けできません。
- 疾患、相談内容を伺い、担当医師に確認したうえで相談の可否を決定するため、相談をお断りさせていただく場合もあります。
- 必要に応じて当院より「主治医」に連絡をさせていただく場合もあります。

以上のことに同意の上、上記内容で貴院でのセカンドオピニオンを申し込みます。

年 月 日 氏名 _____

作成日：平成 27 年 7 月 1 日
改定日：令和 5 年 4 月 10 日