

セカンドオピニオン申込書

松戸市立総合医療センター病院長

この度、貴院にてセカンドオピニオンを受けるにあたり、患者及び相談者ともにその趣意を理解し、患者の同意のもと申込みいたします。

尚、治療結果の評価、医療費用、医療給付、医療訴訟などに関わる相談はいたしません。

令和 年 月 日

(フリガナ)				大・昭・平・令
患者氏名		男・女	生年月日	年 月 日 (歳)
住 所	〒 — TEL ()			
(フリガナ)			生年月日	大・昭・平 年 月 日
相談者氏名		男・女	患者との続柄	
住 所	〒 — TEL ()			
【病 名】				
【相談の目的】				
【今までの治療経過】				
【患者さんの現在の状況・その他】				
【現在の通院先又は入院先】				
医療機関名 _____				
TEL ()				
所 在 地 _____				

* 患者さんご本人が相談にみえる場合は、相談者の欄は空欄で結構です。