西暦　　年　月　日

セカンドオピニオン申込書 兼 同意書

セカンドオピニオン対象患者	ふりがな 患者氏名		生年月日	M·T·S·H·R 年　月　日生（　）歳
	患者住所 電話番号	〒 電話番号		
	診察券番号			
申込者	ふりがな 申込者氏名		患者との続柄	
	申込者住所 電話番号	〒 電話番号		
希望診療科	希望相談医師［なし・あり］→		医師（※ご希望にそえない場合があります）	

◇ご相談内容

◇患者さんの現在の状況（該当するものに○をつけてください）
・入院中　・通院中　・在宅　・その他（　）

◇現在の通院先または入院先

【医療機関名】＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【所在地】　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【電話番号】　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医療法人徳洲会　湘南大磯病院長殿

私は、医療法人徳洲会 湘南大磯病院にて行われるセカンドオピニオン外来について、以下の内容を理解し、病院の規定する事項を了承のうえ申し込みをいたします。

□医療法人徳洲会 湘南大磯病院におけるセカンドオピニオンの目的
□セカンドオピニオンに該当しない事項
□セカンドオピニオンの対象者
□申込みにあたり用意するもの
□紹介元医療機関へ面談結果の報告
□健康保険適用外のため、定められた金額を支払うこと

西暦　　年　　月　　日

患者本人（自署）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

患者本人以外の申込者（自署）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印　患者との続柄（　　）

※患者本人以外が申込をする場合、必ず患者本人が下記の承諾書をご記入ください。

承諾書

医療法人徳洲会 湘南大磯病院長殿

私は、上記申込者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿が、医療法人徳洲会 湘南大磯病院でセカンドオピニオンを受けることについて承諾いたします。

患者本人（ 自署 ）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞