

(紹介元医療施設→出水総合医療センター地域医療支援センター)

出水総合医療センター セカンドオピニオン申込書

記載年月日： 令和 年 月 日

<掛かり付け医・紹介元>

医療施設名： TEL： ()
科・医師名： FAX： ()
住 所：

フリガナ		性別
患者氏名		(男 ・ 女)
生年月日	(明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成) 年 月 日生 () 歳	
住 所 (書類送付先)	TEL： () FAX： ()	
相談者氏名		
相談者の続柄	<input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 家族 (患者との続柄)	
住所 (書類送付先)	TEL： () FAX： ()	
相談の希望日	平成 年 月 日	相談希望科
疾患名		
相談の概要 (手術の適応、治療法の選択枝等、なるべく具体的に記入ください)		
提供いただける資料 (掛かり付け医の先生にご相談ください)	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書 (紹介状) <input type="checkbox"/> 血液検査記録 <input type="checkbox"/> 生理学検査の結果 (心電図・呼吸機能・脳波など) <input type="checkbox"/> レントゲンフィルムまたはCD-R <input type="checkbox"/> 超音波検査の結果と画像 <input type="checkbox"/> CT・MRI検査などのフィルムまたはCD-R <input type="checkbox"/> 病理検査報告書 <input type="checkbox"/> その他 ()	

※以上、ご記入いただき本書をFAXにて当院地域医療支援センターへ送信ください。担当医師と相談の上、数日中に「セカンドオピニオン外来相談連絡票」にて日時をお知らせいたします。

なお、診療情報提供書・各種フィルム等、相談に必要な資料の提供をお願いいたします。

出水総合医療センター記載欄	
相談日時	令和 年 月 日 時 分
診療担当医	科 医師
相談場所	診療科診察室・その他 ()

本書送付先
FAX：0996-67-1769
出水総合医療センター地域医療支援センター
TEL：0996-67-1657

出水総合医療センター セカンドオピニオン同意書

出水総合医療センター病院長 殿

私は、私の病状等についての診断および治療内容、現在および今後の見通し等について出水総合医療センターの医師にセカンドオピニオンを依頼します。なお訴訟の目的に使用しないことおよび自由診療として定められた金額を支払うことに同意します。

また、私の代理として以下の者に病状等について説明することについても同意します。

令和 年 月 日

患者本人署名 氏名： _____

住所： _____

連絡先電話番号： _____ () _____

- - - - - (相談者が本人以外の場合、以下にご記入ください) - - - - -

令和 年 月 日

相談者① 氏名： _____ 患者との続柄： _____

住所： _____

連絡先電話番号： _____ () _____

相談者② 氏名： _____ 患者との続柄： _____

住所： _____

連絡先電話番号： _____ () _____

※相談者本人を証明するもの（運転免許証・保険証等）を持参ください