

セカンドオピニオン申込書

岐阜大学医学部附属病院 殿

この度、貴院にて下記の患者に関わるセカンドオピニオンの提供を受けるにあたり、患者及び相談者ともにその趣旨を理解し、患者の同意のもと申し込みいたします。

なお、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。

(フリガナ) 患者氏名		性	生年月日	年 月 日
				(歳)
住所	〒 -		電話	()
(フリガナ) 相談者氏名		性	生年月日	年 月 日
			患者との続柄	
相談者住所	〒 -		電話	()
<p>※当日患者さんは来院されますか？ する ・ しない →しない場合は必ず委任状が必要</p> <p>(1) 相談の目的</p> <p>(2) 今までの治療経過</p> <p>(3) 患者さんの現在の状況 ()</p> <p>病 名 : 歩 行 : 食 事 : 主 な 訴 え :</p> <p>その他の状況 :</p> <p>(4) 現在の入院先または通院先</p> <p>所在地 : 病 院 名 : 診療科名 主治医名 電 話 : ()</p> <p>(5) 来院希望日 <input type="checkbox"/>希望なし 第1希望 月 日 第2希望 月 日 来院不可能な日 (あれば) ()</p> <p>(6) 検査データCD あり () 枚 ・ なし 事前送付 可能 ・ 不可</p>				