

西暦 年 月 日

## セカンドオピニオン申込書

岐阜県総合医療センター 院長 様

このたび、貴院にて下記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、その趣旨を理解し、患者の同意のもと申し込みをいたします。

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。

|              |                                  |         |       |
|--------------|----------------------------------|---------|-------|
| (ふりがな)       | 男                                | 生年月日    | ( 歳)  |
| 患者氏名         | 女                                | T・S・H・R | 年 月 日 |
| 住 所 〒        |                                  | 電話 ( )  |       |
| (ふりがな)       | 男                                | 生年月日    | ( 歳)  |
| 相談者氏名        | 女                                | T・S・H・R | 年 月 日 |
| 患者との続柄       |                                  |         |       |
| 相談者住所 〒      |                                  | 電話 ( )  |       |
| 1. 相談目的      |                                  |         |       |
| 2. 今までの治療経過  |                                  |         |       |
| 3. 現在の状況     |                                  |         |       |
|              | ・入院中    ・在宅    ・その他              |         |       |
| 病 名          | ・知っている    ・知らない    ・分からない        |         |       |
| 活 動          | ・1人で歩ける    ・介助があれば歩ける    ・歩けない   |         |       |
| 食事量          | ・食べられる    ・少し食べられる    ・あまり食べられない |         |       |
| 主な訴え         | :                                |         |       |
| その他の症状       | :                                |         |       |
| 現在の入院先または連絡先 |                                  |         |       |
| 所在地          |                                  |         |       |
| 病院名          |                                  |         |       |
| 診療科名         |                                  |         |       |
| 主治医名         |                                  |         |       |
| 電 話          |                                  |         |       |
| F A X        |                                  |         |       |