

中東遠総合医療センター セカンドオピニオン申込書

訴訟等の目的に使用しないこと及び健康保険の対象外（全額自費診療）して定められた金額を支払うことに同意の上、以下の内容で貴院のセカンドオピニオンを申し込みます。

西暦 年 月 日 申込者氏名

患者様の氏名		生年月日	性別	年齢
ふりがな		明・大・昭・平・令 年 月 日	男・女	才
氏名				
患者様の住所		連絡先		
〒 住所：		TEL： 携帯： FAX：		
相談者の氏名		続柄	連絡先	
ふりがな			TEL： 携帯： FAX：	
氏名				
主な疾患名			相談希望科	
相談の目的、具体的内容（ご自由にお書きください）				
現在の状況	現在の状況（入院中 通院中）			
主治医の医療機関と お名前と連絡先	_____ 病院・医院 _____ 科 _____ 先生 TEL：_____			

同意書（患者様本人が当外来を受診できない場合）

中東遠総合医療センター 院長 様

私は、私の代理として、_____、_____、_____ に
貴院担当医師が私の疾患にかかる診断や治療内容及び今後の見通し等について意見や判断を述べ、
主治医宛ての報告書が作成されることに同意します。

患者様氏名 _____ 印

患者さんが未成年の場合は、親権者氏名 _____ 印

申込先：〒436-8555 掛川市菖蒲ヶ池1番地の1

中東遠総合医療センター 地域医療支援センター

TEL：0537-28-8021 / FAX：0537-28-8926