

旭川厚生病院セカンドオピニオン外来申込書

※以下、患者様もしくは相談者ご本人がご記入ください。

患者様	氏名	生年月日	年齢	性別
	(フリガナ)	大・昭・平		男・女
		年 月 日	歳	
	住所・電話番号			
	〒			
	電話 ()			
相談者	氏名・	年齢	性別	電話番号
	(フリガナ)		男・女	
	続柄 ()		歳	
当日患者本人の受診	する しない ※相談者をご家族のみの場合は別紙委任状が必要です。			来院者数 名
病名				
1.相談の目的				
2.今までの経過				
3.患者様の現在の状況 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院中 病名: <input type="checkbox"/> 知っている <input type="checkbox"/> 知らない 歩行: <input type="checkbox"/> 一人で歩ける <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> ほぼベッドで過ごしている 食事: <input type="checkbox"/> 食べられる <input type="checkbox"/> 食べられない その他:				
4.現在の入院先又は通院先 医療機関名: 診療科: 主治医:				
予約日のご希望	※ご予約を避けてほしい曜日や時間帯をご記入ください。都合によりご希望に添えない場合もあります。			

【セカンドオピニオン外来について】

- 患者さまご本人の同意が必要です。
又、かかりつけ医師からの診療情報提供書等のご提供を頂ける方に限らせていただきます。
- セカンドオピニオンとは、診断や治療方法について担当医以外の医師の意見を聞くことです。
別の医師の意見を聞くことで、患者さまがより納得のいく治療を選択するのに役立てていただくためのシステムです。
- セカンドオピニオンは病院を変えることではないため、検査などは行いません。
セカンドオピニオン後は、かかりつけの医師と治療法や今後の方針について話し合うことが必要です。
- 現在受診中の病院への苦情や訴訟等の目的に使用しないでください。
- 自由診療のため健康保険は適用されません。料金は11,000円(税込)／1時間程度となります。

私は、上記セカンドオピニオンの趣旨を理解、同意し申し込みます。

令和 年 月 日

患者氏名 _____

相談者氏名(本人以外の場合記入) _____