

戸田中央病理診断科クリニック セカンドオピニオン外来 申込書

私の病状について診断の内容や、現在および今後の治療法等に関するセカンドオピニオンの提供を下記事項に同意の上、戸田中央病理診断科クリニックに申込みをいたします。

- セカンドオピニオン外来相談時に、当院での検査・治療など診療行為を希望しないこと
- 最初から転医・転院が前提の相談ではないこと
- 主治医に対する不満、医療過誤および裁判係争中に関する相談ではないこと
- 医療費の内容、医療給付に関する相談ではないこと
- 主治医が了承した上での相談であること
- 訴訟の目的に使用しないこと
- 自由診療料金として定められた金額を支払うこと
- その他「セカンドオピニオン外来のご案内」の記載事項について確認し、同意すること

↑ ※上記必ず確認し、同意のうえチェック口を入れていただき、署名・捺印をしてください

年 月 日

患者本人署名（原則として18歳未満以外必須）

捺印または
サイン

本人以外の場合の相談者署名

捺印または
サイン

※ご家族相談の際も患者本人署名を記入のうえ、捺印またはサインをお願いいたします。

相談者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族のみ
患者様氏名・性別	氏名 (男・女)
生年月日(年齢)	(大・昭・平・令 年 月 日生 (歳)
相談者氏名	氏名 続柄 ()
相談者の連絡先	〒 TEL : FAX :
日中の連絡先または携帯	(
主治医の医療機関と名前	病院・診療所 _____ 科 先生