

## 済生会新潟第二病院 セカンドオピニオン相談申込書

セカンドオピニオン相談の主旨を理解し、自由診療料金として定められた料金を支払うことに同意の上、下記のとおりセカンドオピニオン相談を申し込みます。また、以下の相談はいたしません。

【医療訴訟に関する相談】 【死亡した患者さんを対象とする相談】 【医療費に関する相談】 【主治医が了解していない場合】 【主治医に対する不満】 【特定の医療機関への紹介を希望する相談】 【相談内容が貴院の専門外である場合】 【貴院への転医希望】

年 月 日

相談者 氏名： \_\_\_\_\_ (印) (患者本人との続柄： \_\_\_\_\_ )  
(患者本人または本人の同意を得ている家族)

|   |  |
|---|--|
| 患者の住所・氏名・性別・<br>生年月日・連絡先                | 住所 〒 _____   |
|   | 氏名 _____ 男 ・ 女   |
|   | 大正 ・ 昭和 ・ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 ( _____ 歳)   |
|   | 電話番号 ( _____ ) _____   |
|   | ファックス ( _____ ) _____  |
|   | Eメール _____   |
| 相談者の住所・連絡先<br>(患者本人が相談者の場合は記載不要です)      | 住所 〒 _____   |
|   | 電話番号 ( _____ ) _____   |
|   | ファックス ( _____ ) _____  |
|   | Eメール _____   |
| 疾患名                                     | 1. _____<br>2. _____<br>3. _____   |
| ご相談の具体的な内容<br>(欄が足りない場合は別紙<br>にお書き下さい。) |  |
| 現在の状況                                   | 入院中 ・ 通院中<br>現在の入院先または通院先医療機関名および主治医名<br>医療機関名： _____<br>診療科名： _____ 科 主治医名： _____<br>住所： 〒 _____<br>電話： ( _____ ) _____ |

※以下は記入しないで下さい。

|  |
|--|
| 受付年月日： 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ( _____ )                |
| 担当診療科： _____ 担当医師名： _____                                  |
| 相談日時： 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ( _____ ) _____ 時 _____ 分 |
| 相談場所： _____  |
| 相談者への連絡： 済   |

患者本人以外が申し込み・相談する場合に必要です

## 済生会新潟第二病院 セカンドオピニオン相談同意書

私、(患者氏名) \_\_\_\_\_ は、本同意書を提出しました  
(相談者氏名) \_\_\_\_\_ (患者との続柄 : \_\_\_\_\_) に  
私の病状に関する主治医の診療情報提供書・資料を持参させ、済生会新潟  
第二病院の医師に対してセカンドオピニオンを求めること、およびこれらに  
基づいた意見を済生会新潟第二病院の医師が相談者に伝え、その報告書  
を主治医に提供することについても併せて同意いたします。

平成 年 月 日

患者氏名(署名) \_\_\_\_\_ (印)