

済生会新潟病院 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・ 生年月日・連絡先	住所 〒 _____
	氏名 _____ 男・女 _____
	大正・昭和・平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (_____)
	電話番号 (_____) _____ - _____
	ファックス (_____) _____ - _____
Eメール _____	
相談者の住所・連絡先 (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. _____ 2. _____ 3. _____
ご相談の具体的な内容 (欄が足りない場合は別紙にお書き下さい。)	
現在の状況	入院中 ・ 通院中 現在の入院先または通院先医療機関名および主治医名 医療機関名： _____ 診療科名： _____ 科 主治医名： _____ 住所： 〒 _____ 電話： (_____) _____ - _____

※以下は記入しないで下さい。

受付年月日	年 月 日 (_____)
担当診療科	担当医師名
相談日時	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
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。

年 月 日

患者氏名(署名) _____ ⑩