

八戸市立市民病院 セカンドオピニオン申込書兼同意書

訴訟等の目的に使用しないこと及び自由診療料金と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。

令和 年 月 日

相談に来られる方の氏名

患者さん情報	フリガナ		性別
	氏名		
	当院の受診歴	有 ・ 無	
	生年月日	年 月 日	(歳)
	住所	〒	
	日中連絡がとれる 連絡先	TEL : () FAX : () メールアドレス :	
相談に来られる方 ※本人が来られる場合は、記入不要です。	フリガナ		
	氏名		
	住所	〒	
	日中連絡がとれる 連絡先	TEL : () FAX : () メールアドレス :	
お聞きになりたいこと (箇条書きをお願いします)			

【同意書】 ご家族の方のみで相談される場合は、ご本人の同意が必要です。以下をご記入ください。

私（患者さん氏名） _____ は、貴院担当医が
（相談に来られる方） _____ に対して、私の疾患についての診断及び治療
内容、今後の見通しについて、意見や判断を述べ、私の主治医宛てに診療情報提供書
を作成することに同意いたします。

令和 年 月 日

患者さん氏名

本申込書兼同意書 主治医からの診療情報提供書 データを郵送してください。

送付先：〒031-8555 八戸市田向3丁目1番1号

八戸市立市民病院 地域医療連携室 予約センター **セカンドオピニオン係**