

# 東京共済病院 セカンドオピニオン申込書

令和 年 月 日

相談者氏名 \_\_\_\_\_ 印

|                                    |                           |                        |                       |   |
|------------------------------------|---------------------------|------------------------|-----------------------|---|
| 患者名                                | ふりがな<br>氏 名               | 男<br>女                 | 生年月日<br>明・大・昭・平 年 月 日 | 歳 |
|                                    | 住 所 〒                     | TEL ( )                |                       |   |
| 相談者名                               | ふりがな (※本人の場合は記入の必要はありません) | TEL ( )                |                       |   |
|                                    | 氏 名 (続柄 )                 | FAX ( )                |                       |   |
|                                    | 住 所 〒                     | 携帯 ( )                 |                       |   |
| □病 名                               |                           | 希望診療科<br>／希望医師         |                       |   |
| □今までの経過                            |                           |                        |                       |   |
|                                    |                           |                        |                       |   |
| □相談したい内容                           |                           |                        |                       |   |
|                                    |                           |                        |                       |   |
| □現在受診している医療機関名：                    |                           |                        |                       |   |
| □資 料： 手元にある ・ これから準備               |                           | □資料内容：画像(フィルム・CD-ROM)／ |                       |   |
| □紹介状： 手元にある ・ これから準備               |                           | 検査データ( )／その他( )        |                       |   |
| □相談日について、ご都合の悪い日や時間がありましたらご記入ください。 |                           |                        |                       |   |
|                                    |                           |                        |                       |   |

## 同意書

東京共済病院長 殿

私は、 年 月 日に行われる私の病状についての診断の内容や現在実施され、または今後行うこととして提案されている治療法等に関し、東京共済病院にセカンドオピニオンを依頼します。また私の代理として \_\_\_\_\_ に病状の内容について話をすることに同意いたします。

令和 年 月 日

署名 \_\_\_\_\_ (印)

住所 \_\_\_\_\_

連絡先電話番号 \_\_\_\_\_

※ご相談の方が患者さん以外の場合は、相談者ご本人が確認できるもの(健康保険証・免許証等)をご持参願います。