

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 氏 名	男 女	生年月日 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 ()		
<input type="checkbox"/> 病 名		希望診療科 ／希望医師		
<input type="checkbox"/> 今までの経過				
<input type="checkbox"/> 相談したい内容				
<input type="checkbox"/> 現在受診している医療機関名：				
<input type="checkbox"/> 資 料： 手元にある ・ これから準備		<input type="checkbox"/> 資料内容：画像(フィルム・CD-ROM)／		
<input type="checkbox"/> 紹介状： 手元にある ・ これから準備		検査データ()／その他()		
<input type="checkbox"/> 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。