

セカンドオピニオン申込書

私は、裏面の「セカンドオピニオンの申込みをされる方へのお願い」に同意し、セカンドオピニオンの申込みをいたします。

患者さま 氏名・性別	(ふりがな) (男・女)	生年月日	M・T・S・H・R 年 月 日 (歳)
患者さま 住所	〒 電話: ()		
相談者 氏名		患者様との 続柄	
相談者 住所	電話: ()		
(ご相談の具体的な内容)			
治療を受けている 医療機関名		診療科	

※ 裏面を必ずお読み下さい。

セカンドオピニオンの申込みをされる方へのお願い

※必ずお読み下さい

○担当医は、当院で決定させていただきます。

○相談内容は、診断及びこれから行う治療に関することに限ります。

（医療費、医療訴訟、医療機関に対する苦情に関する相談などは対象外です。）

○現在受診されている主治医からの紹介状が必要です。

○相談のために、検査データが必要です。

（後日、必要な書類等についてはご連絡いたします。）

○この申請書の内容を含め、患者さまの個人情報の取扱いについては、別添「個人情報の保護に関するお知らせ」によります。

○相談日時については、担当医と調整の上ご連絡いたします。

○ご相談日において、同時に簡単な神経学的診察を超える診療を行うことはありません。