

(様式1)

セカンドオピニオン申込書

フリカナ
患者氏名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

〒 _____

住 所 _____ TEL _____

相談者氏名 _____ 患者との続柄 (_____)

〒 _____

住 所 _____ TEL _____

患者さまの状況 [入院中・通院中・在宅・その他(_____)]

医療機関名 (_____)

ご相談内容

同 意 書

_____ 年 _____ 月 _____ 日

横浜南共済病院 _____ 科 殿

私(本人) _____ は、本同意書を持参した下記の相談者に対して
私の症状等に関する主治医の紹介状、病状に関する資料等を持参し、担当の医師に対して
セカンドオピニオンを求めることに同意いたします。

相 談 者 _____ 本人との続柄 _____

相 談 者 _____ 本人との続柄 _____

相 談 者 _____ 本人との続柄 _____