セカンドオピニオン外来　申込書

【患者様ご記入欄】　　令和　　年　　月　　日

フリガナ		生 年 月 日	
氏名	男 ・ 女	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 年　月　日（　歳）	
住所	〒　－		
電話番号	（　）　－	携帯電話番号	（　）　－
現在の受診状況	医療機関名：　診療科： 病名：		
相談内容			
相談当日の来院者	1. 患者本人のみ 2. 患者本人と家族（相談者） 3. 相談者のみ	提出する情報	・紹介状（診療情報提供書）　・その他（　） ・検査データ ・X線フィルム（ CT ・ MR ・　）

【相談者ご記入欄】（申込み日または相談当日の来院者が上記3の場合ご記入ください）

フリガナ		患者との続柄	
氏名	男 ・ 女		
住所	〒　－		
電話番号	（　）　－	携帯電話番号	（　）　－

※本申込書の内容を確認させていただいた上で、対応の可否を連絡させていただきます

【病院記入欄】

相談日時	令和　年　月　日（　）　：　～　：		
担当科		担当医師	
患者ID		担当者	電話　窓口
備考			

医療法人 徳洲会　八尾徳洲会総合病院
〒581-0011
八尾市若草町1番17号
TEL 072-993-8501

セカンドオピニオン外来　同意書

私、（患者本人）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は、本同意書を持参しました

（相談者）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿に対して、八尾徳洲会総合病院のセカンドオピニオン担当医師が

私の疾患についての診断、治療内容、今後の見通しに関する意見を述べ、

報告書を作成することに同意致します。

また私の主治医に対し報告書の複写を送付することにつきましても同意致します。

年　　月　　日

患者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

生年月日　明・大・昭・平　　年　　月　　日

住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

記入例

セカンドオピニオン外来　申込書

【患者様ご記入欄】　　令和　2　年　○　月　○○　日

フリガナ	トクシュウカイ　　タロウ		生　年　月　日
氏名	徳洲会　太郎　　(男)・女		明・大・(昭)・平 ○○　年　○　月　○○　日（　○○歳）
住所	〒　○○○　－　○○○○ 八尾市○○町○番○○号		
電話番号	（　072　）　○○○　－　○○○○	携帯電話番号	（　090　）○○○○　－　○○○○
現在の受診状況	医療機関名：○○病院　　診療科：　○○科 病名：　○○癌		
相談内容	相談したい内容をご記入ください		
相談当日の来院者	1．患者本人のみ (2.)患者本人と家族（相談者） 3．相談者のみ	提出する情報	(○)紹介状（診療情報提供書）　・その他（　　） (○)検査データ (○)X線フィルム（　CT　・　MR　・　　）

【相談者ご記入欄】（申込み日または相談当日の来院者が上記3の場合ご記入ください）

フリガナ	トクシュウカイ　　ハナコ	患者との続柄
氏名	徳洲会　花子	長女
住所	〒　○○○　－　○○○○ 八尾市○○町○番○○号	
電話番号	（　072　）　○○○　－　○○○○	携帯電話番号　（　090　）○○○○　－　○○○○

患者様本人が相談者の場合
「同上」とご記入ください。

※本申込書の内容を確認させていただいた上で、対応の可否を連絡させていただきます

【病院記入欄】

相談日時	令和　　年
担当科	
患者ID	
備考	

こちらの欄は病院側で記入します
申込書の控えをお渡しします

医療法人　徳洲会　八尾徳洲会総合病院
〒581-0011
八尾市若草町1番17号
TEL　072-993-8501

記入例

セカンドオピニオン外来　相談同意書

私、（患者本人）　徳洲会　太郎　は、本同意書を持参しました、

（相談者）　徳洲会　花子　に対して、八尾徳洲会総合病院のセカンドオピニオン当医師が、

私の疾患についての診断、治療内容、今後の見通しに関する意見を述べ、

報告書を作成することに同意致します。

また私の主治医に対し報告書の複写を送付することにつきましても同意致します。

○○　年　○○　月　○○　日

患者氏名　徳洲会　太郎　印

生年月日　明・大・昭・平　○○ 年 ○○ 月 ○○ 日

住　所　八尾市○○町

○○丁目○番○○号