京都民医連中央病院　セカンドオピニオン申込書

訴訟等の目的に使用しないこと及び自由診療料金として定められた金額を支払うことに同意の上、以下の内容で貴院のセカンドオピニオン外来受診を申し込みます。

平成　年　月　日　　氏名　　印

患者様のお名前		生年月日	M･T･S･H　年　月　日 (　　歳)
相談者氏名		患者様との続柄	
相談者住所		電話:　　(　　)	

(1) ご相談の具体的内容

(2) 患者様の現在の状況

入院中 ・ 通院中 ・ 在宅 ・ その他(　　)

(3) 入院先または通院先

所在地:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

病院名:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話:　　(　　)

(4) 特に配慮が必要な事柄(具体的にお願い致します)

（本人同意書）

※　患者様ご本人の場合は記入不要

私は、上記について、相談者：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　が、

京都民医連中央病院でセカンドオピニオンを受けることを承諾します。

患者様本人（自筆）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印