

京都第二赤十字病院セカンドオピニオン外来申込書・同意書

訴訟等の目的に使用しないこと、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、貴院のセカンドオピニオン外来受診を申し込みます。

年 月 日 氏名 _____ 印
 相談希望日 年 月 日 () 頃

患者氏名 _____ (生年月日) 年 月 日 () 才 男・女
 住所 〒 _____
 連絡先 TEL _____ FAX _____

相談者氏名 _____ 本人・家族 (続柄 _____)
 住所 〒 _____
 連絡先 TEL _____ FAX _____

セカンドオピニオン外来受診の目的をできるだけ具体的にお書き下さい (別紙可)
 希望診療科 ()

現在の病名・症状について、できるだけ詳しくお書き下さい (別紙可)

現在受診されている医療機関 (病院・医院・診療所) 名をお書き下さい
 病院 (医院) 名 : _____ 診療科 _____ 医師名 _____

病名・症状・治療方針についてどのような説明を受けましたか。できるだけ詳しくお書き下さい (別紙可)

<本人同意書>

※患者さま本人の場合は不要です

私は、上記の内容について、相談者 _____ が京都第二赤十字病院でのセカンドオピニオン外来を受けることを承諾します。

患者さま本人 (自筆) _____ 印

京都第二赤十字病院 地域医療連携課
 〒602-8026 京都市上京区釜座通丸太町上る春帯町355番地の5
 FAX 212-6358 TEL 212-6186

※送信の前に、FAX 番号をご確認ください。また、送信後に電話でご確認ください。