

春日部嬉泉病院 セカンドオピニオン外来 申込書

私の病状について診断の内容や、現在日および今後の治療等に関するセカンドオピニオンの提供を下記事項に同意の上、春日部嬉泉病院に申し込みをいたします。

「申込書」、「セカンドオピニオン相談シート」、「相談同意書」を提出してください。

- セカンドオピニオン外来相談時に、当院での検査・治療を希望しないこと。
- 主治医が了承した上での相談であること。
- 主治医に対する不満・医療過誤および裁判係争中に関する相談は出ないこと。
- 最初から転院・転医が前提の相談ではないこと。
- 医療費の内容、医療給付に関する相談ではないこと。
- 訴訟の目的に使用しないこと。
- 自由診療料金として定めた金額を支払うこと。
- セカンドオピニオン外来のご案内の記載事項について確認し、同意すること。

*上記を必ず確認し、同意のうえ を入れて頂き、署名して下さい。

申込日： 年 月 日

患者本人署名 _____

本人以外の場合相談者の署名 _____

(続柄) _____

相談者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族のみ
希望診療科	内科（透析治療・リウマチ） ※どちらか○をお願いします。
フリガナ 患者氏名・性別	男・女
生年月日（年齢）	年 月 日生（ ）歳
相談者氏名	氏名 _____（続柄： _____）
相談者の連絡先	住所： TEL： 日中の連絡先または携帯