

名古屋掖済会病院セカンドオピニオン外来申込書

本日はセカンドオピニオン外来受診の申し込みをいただきありがとうございました。
 申込書を送らせていただきますので、セカンドオピニオンについてご確認いただき、必要事項を下記の用紙にご記入の上、FAXで医療連携室（052-652-4774）までご返信くださいますよう宜しくお願いいたします。

当日は申込書・紹介状（診療情報提供書）・患者様が来院されない場合は委任状・検査結果・画像フィルム等参考になるものをご持参くださり 紹介受付にお越しください。

セカンドオピニオン外来を受けられる患者様、ご家族の皆様にご存知の事をお知らせしたいこと。

- 1) ご相談内容に関わる新たな診療行為（投薬・処置・検査など）は行いません。
- 2) ご相談の内容によっては、セカンドオピニオン外来よりも一般外来の受診をお勧めする場合があります。
- 3) セカンドオピニオンは主治医へもご報告させていただきます。それを参考に患者様の今後の治療について主治医とご相談ください。
- 4) 主治医に対するクレームや不満、転医・転院希望、医療事故や訴訟などに関する内容についてはお受けできません。
- 5) セカンドオピニオンに従うかどうかは患者様・ご家族の皆様にご判断いただきます。
 又、セカンドオピニオンが必ずしも正しいとは限らないことをご承知おきの上ご利用ください。
- 6) 相談料は自費で1時間 11,000円（消費税 1,000円含む）です。ご了承ください。
 （健康保険、労災、自賠責など保険はすべて使用できません。）

セカンドオピニオン申込書

患者様のお名前		男 女	生年月日	
患者様のご住所 お電話番号				
ご相談者の連絡先	TEL() -		FAX() -	
ご相談者の続柄	ご本人	ご家族	(続柄 お名前)	
ご相談の内容				
医療機関名			主治医のお名前	

セカンドオピニオン予約

ID _____

患者氏名 _____ 様

セカンドオピニオン受診科 _____ 科 _____ 医師

受診日 年 月 日 時 分

名古屋掖済会病院 医療連携室 TEL 6 5 2 - 7 9 5 4

セカンドオピニオン同意書

年 月 日

私は、本委任状を持参しました相談者に対して、貴院担当医師が、私の疾患についての診断及び治療内容、今後の見通しについて意見や判断を述べ、私の主治医あてに診療情報提供書が作成されることに同意します。

本人(委任者)氏名 _____ 印

生年月日(大正 昭和 平成) _____ 年 月 日