

年 月 日

セカンドオピニオン外来申込書

FAX 0138-55-3327

※太枠の中をご記入下さい

No.

申込日： 年 月 日

患者様	ふりがな 氏 名	男 女	生年月日 大・昭・平・令 年 月 日
	住 所 〒 電話 ()		

患者様以外の方がご相談にこられる場合

セカンドオピニオンを受けることを患者本人は同意している			はい いいえ
相談される方	ふりがな 氏 名	男 女	患者様との続柄
	住 所 〒 電話 ()		

患者様の状態、資料、ご相談内容等

現在の状態 入院中 通院中 その他 ()	
入院中（入院した）または通院中（通院した）の病院及び診療科名	
病 名	
診療経過がわかる資料（紹介状、レントゲンフィルム、検査結果等）の有無	有 無
ご相談の内容（ご自由にお書き下さい。スペースが足りない場合には別紙でも結構です）	

※ セカンドオピニオン外来は保険外診療ですので、7,700円を負担していただきます。

病院記載欄

セカンドオピニオン外来決定日	年 月 日	午前・午後	時
セカンドオピニオン担当医師	診療科名	科	氏名
申込者への連絡	済	未	

医療法人社団 函館脳神経外科病院

セカンドオピニオン外来同意書

函館脳神経外科病院長殿

私（患者氏名）_____は、本同意書を持参する

（ご相談者）_____（続柄）_____に対して、貴院セカンド

オピニオン担当医師が、私の疾患についての診断および治療内容、今後の見通し等について、意見や判断を述べ、私の主治医にあてて報告書を作成することに同意します。

年 月 日

生年月日（大正、昭和、平成、令和）_____年 月 日生

（患者様氏名）_____印