

# 赤羽東口病院 セカンドオピニオン申込書(兼)同意書

医療訴訟等の目的に使用しないこと及び自由診療料として定められた金額を支払うことに同意のうえ、以下の内容で貴院のセカンドオピニオンを申込まます。

患者情報	ふりがな													
	氏名	Ⓜ ( 男 ・ 女 )												
	生年月日 (年齢)	(明・大・昭・平・令)	年	月	日	(	歳)							
	当院受診歴の有無	( あり ・ なし )												
	住所	〒												
	連絡先	TEL												
		FAX												
相談者情報	ふりがな													
	氏名													
	相談者・続柄	本人 ・ 家族 (続柄: )												
疾患名	①													
	②													
	③													
希望診療科・医師	脳神経外科 今西Dr													
相談内容														
紹介元医療機関	医療機関名													病院・診療所
	( )科	( )先生												

## 同意書 (ご家族のみで相談する場合は必ずご記入ください。)

私 (患者氏名) \_\_\_\_\_ は、 (相談者) \_\_\_\_\_ に対して、貴院担当医が私の疾患に対して  
 診断および治療内容について、意見や判断を述べることに同意致します。

年 月 日

患者氏名 \_\_\_\_\_ Ⓜ

【受付窓口】 赤羽東口病院 地域連携室

**FAX : 03-5939-9382** / **TEL : 03-5939-9381**

※FAXで申し込まれた場合、原本を来院当日受付にご提示ください。