

国立病院機構岡山医療センター セカンドオピニオン外来 申込書

訴訟等の目的に使用しないこと及び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、以下の内容で、貴院のセカンドオピニオン外来を申し込みます。

平成 年 月 日 氏名 印

患者さまのお名前	フリガナ	男・女	患者さまの生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日
相談される方のお名前	フリガナ	男・女	患者さまとの続柄	
患者さまのご住所・電話番号	〒 - 電話番号 - - FAX - -			
相談される方のご住所・電話番号 (当院からのご連絡先)	【上記と異なる場合のみご記載下さい】 〒 - 電話番号 - - FAX - -			

(1) 患者さまの現在の状況 (いずれかを○で囲んでください)
・入院中 ・通院中 ・その他 ()

(2) 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

(3) 病 名

(4) 医師に相談したい内容 (もしご希望の医師がありましたら、それもお書きください)

- ・ご相談当日には、紹介状及び出来る限りの検査資料をお借りしてお持ちください。
- ・料金は、1回1時間を限度とし、30分につき10,800円とします。(消費税込み)
- ・全額自費で、健康保険は適用されません。 ・電子メールでの受付はしておりません。

【お問い合わせ先】

〒701-1192 岡山市北区田益1711-1
 国立病院機構岡山医療センター セカンドオピニオン外来受付
 TEL086-294-9911内線8544 FAX086-294-9506

【確定内容 (病院記載欄)】

電話受付日	年 月 日	申込書受付日	年 月 日
担当診療科		担当医師	医師
相談時間	時 分～	相談場所	
備考			

相談同意書①

私（患者氏名）_____は、本同意書を持参しました
（ご相談者）_____（続柄）_____に対して、貴院担当
医師が私の疾病についての診断および治療内容、今後の見通し等につきまして、
意見や判断を述べ、報告書が作成されることに同意いたします。

平成 年 月 日

生年月日 _____（明治・大正・昭和・平成） 年 月 日生

_____患者氏名 _____ (印)

相談同意書②

(患者氏名) _____

セカンドオピニオンにより、貴院担当医師が疾病についての診断および治療内容、今後の見通し等につきまして、意見や判断を述べ、報告書が作成されることに同意いたします。

平成 年 月 日

患者氏名 _____

親権者等 (続柄) _____

⑩

親権者等 (続柄) _____

⑩

※上記の親権者等氏名欄 (可能ならば患者氏名も) は自筆にてご記入下さい。