

## 熊谷総合病院 セカンドオピニオン外来 申込書兼同意書

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受診を申し込みます。

年 月 日 氏名 ㊟

患者さん情報	フリガナ			男 ・ 女
	氏 名			
	当院受診歴の有無	( 有 ・ 無 )		
	生年月日 (年齢)	(T・S・H・R)	年 月 日	( 歳 )
	住 所	〒 —		
	連絡先	TEL	( )	
	FAX	( )		
相談に来られる方	<input type="checkbox"/> 本人 ・ <input type="checkbox"/> 家族 (続柄: ) ※3親等以内に限る			
相談者情報  ※日中連絡の取れる連絡先 をご記入ください	フリガナ			
	氏 名			
	連絡先	TEL	( )	
		FAX	( )	
疾患名 (わかる範囲で)	# 1			
	# 2			
	# 3			
相談の 具体的な内容				
受診希望診療科				
紹介元医療機関				病院 診療所 先生
	科			

**【同意書】** ※ご家族のみで相談する場合は必ず下記にもご記入ください。

私 (患者氏名) _____ は、貴院担当医が (相談者) _____ に対して、 私の病状についての診断および治療内容、今後の見通しにつきまして、 <u>意見や判断を述べ</u> 、 私の主治医宛に報告書を作成することに同意いたします。 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">年 月 日</div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">患者氏名 _____ ㊟</div>
---

**【送付先】** 熊谷総合病院 入退院支援センター 地域医療連携室 (セカンドオピニオン担当)

〒360-8567 埼玉県熊谷市中西4-5-1 直通TEL : 048 (525) 6779 直通FAX : 048 (525) 6769

※以下は記載しないでください。

予約日時 : 年 月 日 ( ) 時 分～

( ) 科 ( ) 先生