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定められた料金を支払うことに同意の上、次の内容で国立病院機構小倉医療センターのセカンドオピニオン外来受診を申し込みます。

（太線に中を記載してください。）

申込日　平成　年　月　日

患　者　様	ふりがな	
	氏　　名	
	生年月日　明・大・昭・平　年　月　日（　才）	
	郵便番号	
	住　　所	
	電　　話　ﾌｧｯｸｽ	
相　談　者	ふりがな	患者様からみた関係
	氏　　名	
	住　　所	ご家族の場合は別添同意書が必要です。
	連 絡 先	
病　　名	１	
	２	
	３	
希望する診療科		
ご相談の具体的な内容	（相談目的、病状、現在までの経過など。書ききれない場合は裏面を利用してください。）	
患者様の現在の状況	１　入院中　（病院名　主治医名　）	
	２　通院中　（病院名　主治医名　）	
	３　その他　（　）	

準備していただく資料
・診療情報提供書（現在の主治医に作成してもらってください。）
・画像診断フィルム（ＣＴ、ＭＲＩなどのフィルムを主治医から借りて持参ください。）
・検査結果（診療情報提供書に記載されていない検査のデータがあれば借りて来てください。）

セカンドオピニオン外来希望日　平成　年　月　日　時頃

国立病院機構　小倉医療センター　地域医療連携室
電話　０９３－９２１－８８８１（内線8980・331）
〒802-8533　北九州市小倉南区春ケ丘１０－１　ﾌｧｯｸｽ　０９３－９２１－８８９２

（病院記載欄）

セカンドオピニオン外来決定日	平成	年	月	日	時	分	
セカンドオピニオン担当医師	科　医師名						
申込者への連絡日時	平成	年	月	日	時	分	連絡者
実施時間	時　分　～　時　分	担当医師確認印			料金		

ご相談の具体的内容

（相談目的、病状、現在までの経過などを書いてください。）

セカンドオピニオン外来相談同意書

私（患者様氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は、本同意書を持参しました

（ご相談者）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（続柄）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿に対して

国立病院機構小倉医療センターの担当医師が、私の疾病についての診断及び治療内容、

今後の見通しなどにつきまして、意見や判断を説明し、報告書が作成されることに

同意いたします。

平成　　年　　月　　日

患者様氏名及び印

生年月日

住　　所

電話番号