

セカンドオピニオン申込書

訴訟など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うえ、下記の内容でセカンドオピニオンを申し込みます。

なお、以下の行為は貴院担当医師の許可なく行いません。

- (1) 説明の際に受領した資料を第三者（紹介元医療機関を除く）へ提出すること。
- (2) 相談中に相談内容を録音すること。

独立行政法人地域医療機能推進機構 宮崎江南病院
病院長 殿

平成 年 月 日 相談者名 ⑩

患者様氏名・性別	フリガナ 様（男・女）
生年月日・年齢	（大・昭・平）年 月 日（歳）
住所	
連絡先	電話番号
相談者との続柄	1 本人 2 家族（続柄： ）
病名 （お分かりになる範囲で）	
相談の具体的内容 （ご自由に記入ください）	
現在かかっている医療機関名 及び、主治医名	病院・医院 科 先生
主治医の連絡先 （お分かりになる範囲で）	電話番号等

※相談者と患者様が違う場合は、「セカンドオピニオン同意書」も同時に提出してください。