

近森病院ハートセンターセカンドオピニオン外来申込書・同意書 (患者様用)

受付 年 月 日

患 者 様 情 報	患者様氏名	患者様の生年月日	患者様の年齢
	フリガナ	明・大・昭	
	氏名	平・令 年 月 日	
	患者様の当院受診歴		ない ・ ある(患者登録番号:)
ご 相 談 者 情 報	(当院受診歴有の方)今回のご相談と関連のある疾患ですか?		いいえ ・ はい
	関連のある疾患の当院受診はいつ頃ですか?		頃
ご 相 談 者 の 目 的	ご相談者氏名 (続柄)	ご相談者の連絡先	
	()	〒 - TEL FAX 住所	
ご 相 談 の 目 的	ご相談の目的		
	患者様の今までの経過		
	患者様の現在の状況		
入院先又は通院先			
病医院名		診療科	科
所在地			
TEL - -		FAX - -	
同 意 書	社会医療法人 近森会 近森病院長 殿		
	_____年 月 日		
	私(患者様氏名) _____ は、(ご相談者) _____ (患者様との続柄: _____)に対して、 貴院担当医師が私の病状等の内容について意見や判断を述べ、私の主治医あての報告書が 作成されることに同意いたします。		
	患者様氏名 _____ 印		親権者氏名 _____ 印
※患者様が未成年の場合ご記入ください			

※この用紙に書ききれない場合は、別紙を添付して下さい。

近森病院ハートセンターセカンドオピニオン外来
〒780-8522 高知市大川筋1丁目1-16
FAX088-871-7404