

# 国立病院機構南岡山医療センター セカンドオピニオン外来 申込書

控訴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	
相談される方のご住所・電話番号 <small>(当院からのご連絡先)</small>	〒 _____ 電話番号                      -                      -                      FAX                      -                      -			
<p>(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 (                      )</p> <p>(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</p> <p>(3) 病 名</p> <p>(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)</p> <p>(5) ご希望の日時              ①      月      日      時              ②      月      日      時              ③      月      日      時</p>				

- ・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待ちください。
- ・料金は、1回 (1時間限度) 10,800円 (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】**

〒701-0304 岡山県都窪郡早島町早島4066  
 国立病院機構南岡山医療センター セカンドオピニオン外来受付  
 TEL086-482-1121 内線2131 FAX086-482-3051

**【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
該当診療科		担当医師	医師
相談時間		相談場所	
備考			

国立病院機構南岡山医療センター セカンドオピニオン外来

相談同意書①

私（患者様氏名）  
（ご相談者様氏名）

は、本同意書を持参しました  
（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  
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

患者様氏名

⑩

国立病院機構南岡山医療センター セカンドオピニオン外来

相談同意書②

(患者様氏名)

---

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

患者様氏名

---

親権者等 (続柄)

⑩

親権者等 (続柄)

⑩

※上記の親権者等氏名欄 (可能ならば患者様氏名も) は自筆にてご記入ください。