

セカンドオピニオン申込書

公益財団法人唐澤記念会 大阪脳神経外科病院 病院長殿

医療過誤や裁判係争の相談および訴訟等の目的にしないこと、また自費診療料金として定められた金額を支払うことを誓約し、以下内容で貴院のセカンドオピニオンの受診を申し込みます。

令和 年 月 日

患者様氏名 _____ 印

代理受診者名 _____ 印

(患者様との続柄 _____)

フリガナ		生年月日
氏名	男・女	明・大・昭・平 年 月 日 歳
住所・TEL	〒 _____ TEL : ()	
受診中の 医療機関名 及び診療科	病院・診療所 _____ 科	
ご希望の医師		
これまでの経過とお聞きになりたいこと（簡単に）		
持参可能な書類 診療情報提供書（紹介状） ・ カルテの写し ・ X線フィルム ・ 検査データ		

代理受診同意書

公益財団法人唐澤記念会 大阪脳神経外科病院

病院長殿 令和 年 月 日

患者様氏名 : _____ 印

住所 : _____

電話番号 : _____

私は、下記の者に私の病状に関する主治医の紹介状・検査資料を持参させ、大阪脳神経外科病院の医師に対してセカンドオピニオンを求めることに同意いたします。

相談者（代理受診者）

①氏名 _____ 続柄 _____

住所・電話番号 _____

②氏名 _____ 続柄 _____

住所・電話番号 _____

※ 患者様ご本人の直筆での記入をお願いいたします。ただし自筆困難な場合は代筆で結構です。

※ 相談者は、相談者本人を証明するもの（運転免許証など）をご持参ください。