

# 旭川赤十字病院 セカンドオピニオン外来 申込書

私は、セカンドオピニオンの趣旨を十分に理解し、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上、以下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

患者様氏名: \_\_\_\_\_ 印

本人以外の場合の相談者氏名: \_\_\_\_\_ 印

(ふりがな) 患者様氏名		性別	生年月日	大正・昭和・平成	年	月	日
		男 女					
住 所	〒 _____					電話	( )
						携帯	( )
						FAX	( )
(ふりがな) 相談者氏名		性別	患者様との続柄		連絡先		本人
		男 女			(いずれかに○)		相談者
住 所	〒 _____					電話	( )
						携帯	( )
						FAX	( )
現在の病名	#1 _____						
	#2 _____						
	#3 _____						
希望診療科	【 _____ 】科を希望 (医師の判断により診療科が変更となる場合があります)						
(1)相談の目的(該当するもの全てに○)							
1. 外科的治療法と内科的治療法のどちらを選択するか迷っている							
2. 現在の治療法以外の治療法がないか相談したい							
3. 大きな手術などを受けるように勧められている							
4. その他 _____							
_____							
(2)今までの経過							
_____							
_____							
(3)患者様の現在の状況 <span style="float: right;">□通院中 □入院中</span>							
病 名: □知っている( _____ ) □知らない							
歩 行: □1人で歩ける □介助が必要( _____ ) □寝たきり							
食 事: □普通に食べられる □少し食べられる □食べられない							
その他: _____							
_____							
(4)現在の主治医							
医療機関名: _____							
診療科名: _____ 主治医名: _____							
住 所: 〒 _____ 電話番号: _____ ( _____ )							
_____							
(5)用意できる資料							
□診療情報提供書							
□検査データ ( _____ )							
□画像診断フィルム (CDR・ _____ )							
□その他 ( _____ )							