



# 国際医療福祉大学成田病院

## 【セカンドオピニオン外来 申込書】

## ■患者様情報

年 月 日

フリガナ			
氏名	<input type="checkbox"/> 印 男 · 女		
生年月日	年	月	日 (歳)
住所	〒 一		
電話番号			

## ■相談者（代理人）情報

フリガナ		患者様 との続柄	
氏 名			
住 所			
電話番号		携帯電話	

## ■相談に関する医療情報



# 国際医療福祉大学成田病院

## 【セカンドオピニオン外来 相談同意書】

国際医療福祉大学成田病院でのセカンドオピニオン外来受診に際して下記事項に同意の上、申込いたします。(同意について、下記項目のチェック欄に☑記載)

- 訴訟等の目的に使用しないこと
- 医療費・医療給付に関する相談目的に使用しないこと
- 自由診療として定められた金額を支払うこと
- 診断・治療内容・相談内容について、主治医宛の報告書が作成されること

代理人 (氏名) (患者様との続柄) に  
対し、疾患について説明すること

※ 患者様ご本人が来院される予定の場合においても、何らかのご都合  
により本人が来院できなくなってしまった場合として、代理人のご記  
入をお願いいたします。

年　　年　　日

(患者本人)

署　　名 

住　　所

電話番号

(相談者[代理人])

署　　名 

住　　所

電話番号