



# 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

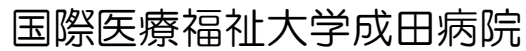
フリガナ			
氏 名	⑩ 男 ・ 女		
生年月日	年	月	日 ( 歳 )
住 所	〒 ー		
電話番号			

### ■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

現在受診中の医療機関名
診療科・主治医
疾患名（診断名）
用意する資料（○印を記入） 準備資料：診療情報提供書・画像（CD-ROM）・検査データ（採血結果、病理診断レポート） 病理標本（プレパラート） など 準備状況：手元にある ・ これから準備（ 月 日までに準備可能）
◇希望診療科・医師 <div>※ご希望に添えない場合がございます。予めご了承ください。</div>
◇ご相談内容について、詳しくご記載ください。 （紙面が不足する場合、別紙にて作成の上ご提出ください）
◇ご都合の悪い日・時間があればご記入ください。 ※ご希望に添えない場合がございます。予めご了承ください。



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)

名 姓

住所

電話番号

(相談者[代理人])

名 姓

住所

電話番号