令和　　　年　　　月　　　日

セカンドオピニオン　申込書

宮崎善仁会病院　殿

　この度、貴院にてセカンドオピニオンの提供を受けるにあたり、患者および家族ともにその趣旨を理解し、自由診療として定められた料金を支払うことにも同意し、セカンドオピニオンを申し込みいたします。なお、治療効果の評価・医療費用・医療給付・医療訴訟などに関する相談はいたしません。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （フリガナ）氏名 |  | 男 | 生年月日 | M・T・S・H・R　　　年　　　月　　　日　　　歳 |
| 女 |
| 住所 | 〒　　　電話　　　　（　　　　）　　　　　　　携帯　　　　（　　　　）　　　　　　　 |
| （フリガナ）家族氏名 | 患者との続柄（　　　　　　　　　　） | 男 | 生年月日 | M・T・S・H・R　　　年　　　月　　　日　　　歳 |
| 女 |
| 住所 | 〒　　　電話　　　　（　　　　）　　　　　　　携帯　　　　（　　　　）　 |
| 1. 病名
2. ご相談の具体的な内容
3. 現在のかかりつけ医

　　医療機関名：　　主治医氏名： |
| ※以下の欄には記入しないでください。当院で記入いたします。 |
| 診療科 | 　　　　　　　　　　　　科 | 担当医師名 |  |
| 相談日時 | 令和　　　年　　　月　　　日（　　　）　　　時　　　分 |

委　任　状

令和　　　　年　　　　月　　　　日

【代理人】

　住所

　氏名

生年月日　　　明・大・昭・平・令　　　　年　　　　月　　　　日生　　男・女

私は、上記の者を代理人としてセカンドオピニオンに関することを委任します。

【委任者】

　住所

　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　連絡先

　代理人との関係