



医療法人財団順和会 山王病院

【セカンドオピニオン外来 申込書】

■患者情報

年 月 日

フリガナ			
氏名			Ⓜ 男・女
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和	年 月	日(歳)
住所	〒 -		
電話番号		携帯電話	

■代理人情報

フリガナ			患者様との続柄	
氏名				
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和	年 月	日(歳)	
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			科 医師
疾患名(診断名)			
持参する資料(該当する資料を○で囲んでください)			
診療情報提供書 ・ 画像(CD-ROM フィルム) ・ 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) ・ その他()			
準備状況			
既に手元にある ・ これから準備する(月 日までに準備可能)			
◆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、別紙作成の上ご提出ください。			
◆ご希望の日程、都合のつかない日程などあればご記載ください。			

※ご要望に添えない場合があります。予めご了承ください。



医療法人財団順和会 山王病院

【セカンドオピニオン外来 相談同意書】

医療法人財団順和会 山王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
申し込み致します。(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、
病状等に関する説明をすること

※ 患者様ご本人が来院される場合でも、代理人のご記入をお願いいたします。

年 月 日

患者本人
署名

⑩

住所

電話番号

代理人
署名

⑩

住所

電話番号