

松本協立病院 セカンドオピニオン申込書

訴訟等の目的に使用しないこと及び自由診療として定められた金額を支払うことに同意の上、以下の内容で松本協立病院のセカンドオピニオン外来受診を申込みます。

年 月 日 氏名 印

患者さんの 氏 名		生年月日	M・T・S・H 年 月 日( 歳)
相談者の 氏 名		患者さんとの 続 柄	
相談者の 住 所	TEL: ( )		
(1)相談の具体的内容			
(2)患者さんの現在の状況 入院中・通院中・在宅治療中・その他 ( )			
(3)入院または通院先 病院など医療機関名 所在地 TEL: ( )			
(4)特に配慮が必要な事柄 (具体的に)			
【本人同意書】 *患者さん本人が受けられる場合は記入不要			
私は、上記について、相談者 _____ が、 松本協立病院でセカンドオピニオンを受けることを承諾します。			
患者さん本人 (自筆): _____ 印			