

近森病院ハートセンターセカンドオピニオン外来申込書・同意書 (患者様用)

受付 平成 年 月 日

患者様情報	患者様氏名	患者様の生年月日		患者様の年齢
	フリガナ	明・大		
	氏名	昭・平	年 月 日	歳
	患者様の当院受診歴	ない ・ ある(患者登録番号:)		
ご相談者の情報	(当院受診歴有の方)今回のご相談と関連のある疾患ですか?	いいえ ・ はい		
	関連のある疾患の当院受診はいつ頃ですか?	頃		
ご相談者情報	ご相談者氏名 (続柄)	ご相談者の連絡先		
	()	〒 - TEL FAX	住所	
ご相談の目的	ご相談の目的			
	患者様の今までの経過			
	患者様の現在の状況			
入院先又は通院先				
病医院名		診療科		科
所在地				
TEL - -		FAX - -		
同意書	社会医療法人 近森会 近森病院長 殿			
	平成 年 月 日			
	私(患者様氏名) _____ は、(ご相談者) _____ (患者様との続柄: _____)に対して、 貴院担当医師が私の病状等の内容について意見や判断を述べ、私の主治医あての報告書が 作成されることに同意いたします。			
	患者様氏名			印
※患者様が未成年の場合ご記入ください				
親権者氏名			印	

※この用紙に書ききれない場合は、別紙を添付して下さい。

近森病院ハートセンターセカンドオピニオン外来
〒780-8522 高知市大川筋1丁目1-16
FAX088-871-7404