

乳腺センターセカンドオピニオン外来申込み・同意書

令和 年 月 日

(フリガナ)		男・女
患者さんの氏名		
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日(歳)	
住所	〒 ー	
(フリガナ)		男・女
ご相談者氏名		
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日(歳)	
ご相談者の続柄	本人・家族(続柄)	
連絡先	電話番号① ②	
ご相談に来られる方	本人 ・ 本人と家族 ・ 家族	
ご相談内容		
当院受診歴	<input type="checkbox"/> あり	診察券の番号()
	<input type="checkbox"/> なし	
現在かかられている 医療機関名・医師名	<input type="checkbox"/> あり	病院名()()科()先生
	<input type="checkbox"/> なし	

同意書

社会医療法人 近森会 近森病院院長 殿

令和 年 月 日

私(患者様氏名)_____は、本同意書を持参しました(ご相談者氏名)_____ (続柄)_____
に対して、貴院担当医師が私の病状など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、別紙を添付してください。

近森病院乳腺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