名古屋徳洲会総合病院　セカンドオピニオン申込書

訴訟などの目的に使用しないこと及び自由診療料金として定められた金額を支払うことに同意の上、下記の内容でセカンドオピニオンに申し込みます。

尚、以下の行為は貴院担当医師の許可なく行いません。

（1） 説明の際に受領した資料を第三者（紹介元医療機関を除く）へ提出すること。

（2） 相談中に相談内容を録音すること。

年　　月　　日　　ご相談者名＿＿＿＿＿＿＿＿

患者様の氏名、性別	フリカナ 様　（　男　女　）
生年月日（年齢）	（ 大正　昭和　平成 ）　年　　月　　日（　　歳）
住所	〒
連絡先	TEL　（　　）　　携帯電話をお持ちの方は必ず記入してください。 FAX　（　　）
相談者の続柄	ご本人 ご家族
疾患名 （おわかりになる範囲で）	
相談の具体的内容 （ご自由にお書きください。用紙が不足する場合は別紙でも結構です）	
現在かかっている医療機関と主治医名	＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿病院・医院 ＿＿＿＿＿＿＿＿科　＿＿＿＿＿＿＿＿先生
医療機関の連絡先 （おわかりになる範囲で）	住　所 電話番号

連絡先：名古屋徳洲会総合病院　医療連携室TEL　0568（51）8711　FAX　0568（51）8765