

みはま病院セカンドオピニオン 申込書

私の病状について診断の内容や、現在および今後の治療法等に関するセカンドオピニオンを下記事項に同意の上、みはま病院に申し込みをいたします。

- 最初から主治医の変更や転院が前提の相談ではありません。
- 主治医は了承しており、必要な情報提供書・検査データ・X線フィルム等を提出します。
- 主治医に対する不満、医療過誤および裁判係争中の関する相談ではありません。
- 医療費の内容、医療給付に関する相談ではありません。
- 訴訟の目的に使用しません。
- セカンドオピニオン外来相談時に、当院での検査・治療行為を希望しません。
- 自由診療として定められた金額を支払います。

申込日	年	月	日	申込者氏名		
フリガナ					性別	
氏名					男	女
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和	年	月	日
住所						
連絡先						
その他連絡先						間柄
相談希望日時	①	年	月	日 ()	時頃	
	②	年	月	日 ()	時頃	
	③	年	月	日 ()	時頃	
※ご相談日時は、他の患者さんの治療の都合もありますので、ご希望に添えないことがあります。						
疾患名	※主病名その他、治療中、これまでにかった病気もお書きください。					
相談内容	※用紙が不足している場合には、別紙でも結構です。					
受診されている医療機関	医療機関名称					
	診療科・主治医名		科	先生		
	所在地					

確定内容 (病院記載欄)						
相談日時	年	月	日 ()	時	分	
担当医	<input type="checkbox"/> 泌尿器科	<input type="checkbox"/> 腎臓内科	<input type="checkbox"/> 糖尿病・代謝内科	先生		
相談場所	<input type="checkbox"/> 診察室 ()		<input type="checkbox"/> その他 ()			