

# セカンドオピニオン外来申込書

セカンドオピニオン外来の趣旨を十分理解し、特に訴訟等の目的に使用しないこと及びセカンドオピニオン料として定められた費用(保険適用外)を支払うことに同意のうえ、下記のとおりセカンドオピニオン外来を申し込みます。

※太線内をご記入のうえ、当日ご持参ください。

申込書記入日 令和 年 月 日

患 者	フリガナ 氏 名	明治・大正 男・女 昭和・平成 年 月 日生 令和 ( 歳)
	連絡先 (〒 - ) 住 所	県・府 市・郡 町・村・区
	電話番号	- -
相 談 者	※患者さんご本人が相談される場合は、記入していただく必要はございません。	
	フリガナ 氏 名	患者との続柄 男・女 本人・家族( )
	連絡先 (〒 - ) 住 所	県・府 市・郡 町・村・区
電話番号	- -	
現 在 の 状 況	病 名	
	病院・診療科名 通院中・入院中・その他( )	
相 談 したい 内 容		
提出できる 検査資料等	<input type="checkbox"/> 紹介状(診療情報提供書等) <input type="checkbox"/> 検査データ <input type="checkbox"/> レントゲンフィルム(CT等を含む) <input type="checkbox"/> その他( )	

# セカンドオピニオン外来紹介状（診療情報提供書）

令和 年 月 日

奈良県立医科大学附属病院

担当医 \_\_\_\_\_ 科・部  
\_\_\_\_\_ 様

医療機関  
の所在地  
及び名称

電話番号 \_\_\_\_\_

医師氏名 \_\_\_\_\_ 印

患者氏名 _____ 様（男・女）明・大・昭・平・令 年 月 日生
患者住所 _____
電話番号 _____ 職業 _____

紹介目的	セカンドオピニオン
------	-----------

傷病名（主訴）	
既往歴及び 家族歴	薬物アレルギー（無・有 _____）
症状経過・検査結果・治療経過・その他	現在の処方
_____	
_____	
_____	
_____	
_____	
_____	
_____	
_____	
_____	
_____	
備考 （患者に関する留意点）	

- 備考 1. 必要がある場合は別紙に記載して添付してください。  
2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の結果等を添付してください。

## セカンドオピニオン外来相談同意書

私（患者様署名）\_\_\_\_\_は、本同意書を持参しました

相談者氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日生

患者様との続柄（ \_\_\_\_\_ ）に対して、貴院担当医師が私の疾患についての

診断および治療内容、今後見通し等について、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。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

奈良県立医科大学附属病院長 \_\_\_\_\_ 様

患者様

氏名 \_\_\_\_\_ 印

生年月日（明治・大正・昭和・平成・令和） \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生

※ ご相談者の方は、家族であることを証明できるもの（健康保険証、免許証等）を必ずご持参ください。