

香川県立中央病院 セカンドオピニオン外来申込書

年 月 日

フリガナ			生年月日
患者さんの氏名	(男・女)		年 月 日 ()歳
現住所	〒 — ◆電話 () — ◆携帯 () —		
相談者の氏名		患者さんとの 続柄	
提出資料	※提出予定の資料に○をつけてください。 1. 診療情報提供書 2. 血液検査結果 3. 内視鏡検査結果 4. 超音波検査結果 5. CT 6. MRI 7. 病理検査の報告書 8. その他()		
希望予約日	◆第1希望 月 日()曜日 ◆第2希望 月 日()曜日		
相談に来られる方	ご本人 ・ ご本人と家族 ・ ご家族のみ (○をつけてください) ※ご家族のみの場合 同意書が必要です。		
現在の主治医	医療機関の名称:		
	診療科:	医師氏名:	先生
希望診療科	※希望する医師がある場合は、医師名も記載してください。 科		
診断名または 症状・現状			
ご相談の 具体的内容	(現在までの経過や聞きたいことを具体的に記載してください)		

香川県立中央病院 患者サポートセンター 受診支援室

◆TEL:087-802-1144 ◆FAX:087-802-1160

セカンドオピニオン外来同意書

私(患者氏名) _____ は、(相談者氏名) _____ (続柄) _____ に
対して、貴院担当医師が、私の主治医が提供した診療情報に基づいて、現在の治療内容
及び、他の治療法などについて意見を述べ、主治医あてに報告書を作成されることに同意
します。

なお、同意した相談者により個人情報漏洩した場合の責任は、私本人にあることを
承知いたします。

年 月 日

香川県立中央病院院長殿

住所 _____

氏名 (患者本人自署) _____

生年月日 _____ 年 月 日 生