

## 福島労災病院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に理解し、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として定められた費用(自費)を支払うことに同意の上、以下の内容により貴院セカンドオピニオン外来での相談を申し込みます。また、私の主治医あての報告書が作成されることに同意します。

申込日:平成 年 月 日

患者	(ふりがな) 氏名			(男・女)
	生年月日(年齢)	大正 昭和 平成 年 月 日 生 ( 歳)		
	住 所	〒		
相談者	(ふりがな) 氏名			
	患者との続柄			
	住 所	〒		
連絡先		TEL ( )	FAX ( )	
(電話番号は必ず連絡の取れる番号をご記入下さい。)		TEL ( )	FAX ( )	
		Eメール		
疾患名				
相談の具体的な内容 (ご自由にお書きください。)				
医療機関名及び主治医名		( )病院、診療所 ( )科 ( )先生		
主治医の連絡先 (分かる範囲で結構です。)		TEL ( )		

※申込書に記入された個人情報については、当院のセカンドオピニオン外来に関する以外には使用しません。

**【申し込み先・問い合わせ先】**

福島労災病院 相談支援センター 医療ソーシャルワーカー

電話 (代表) 0246-26-1111(内線2139)

(直通) 0246-45-2251

FAX (直通) 0246-45-2252

# セカンドオピニオン外来同意書

平成 年 月 日

福島労災病院長 殿

私は、福島労災病院セカンドオピニオン外来担当医師が、私の疾患についての治療内容及び診断、今後の見通し等につきまして、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。

また、私自身が来院できない場合は、セカンドオピニオンに係る一切の権限を、本状を持参しました下記の代理人に委任いたします。

患者氏名 \_\_\_\_\_ 印

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

代理人 氏 名 \_\_\_\_\_ 印

住 所 \_\_\_\_\_

患者との続柄 \_\_\_\_\_

※この同意書は患者本人が記入してください。

※代理人の方は、代理人本人であることを証明できるもの（健康保険証・免許証など）をご持参願います。

福島労災病院