

法) 国立循環器病研究センター セカンドオピニオン申込書

訴訟等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外来での相談を申し込みます。

平成 年 月 日
氏名 印

記

ふりがな
患者様氏名・性別 殿 (男 ・ 女)

生年月日・(年齢) (大正・昭和・平成) 年 月 日 (歳)

ご住所 〒

ご相談者の連絡先 TEL :

FAX :

携帯 :

ご相談者の続柄 ご本人・ご家族 (続柄)

疾患名 #1

#2

#3

ご相談の具体的な内容 (ご自由にお書き下さい・別紙でも構いません)

主治医とその医療機関名 () 病院

() 科・() 先生

住所 () TEL : ()

法) 国立循環器病研究センター セカンドオピニオン外来 相談同意書

私 (患者氏名) は、本同意書を持参しました

(相談者) に対し、法) 国立循環器病研究センター

担当医師が、私の疾患についての診断および治療内容、今後の見通しにつきまして、意見や判断を述べ、私の主治医宛の報告書を作成することに同意いたします。

平成 年 月 日

ご住所 〒

患者様氏名

生年月日 (大正・昭和・平成) 年 月 日