## セカンドオピニオン申込書兼同意書

## 松本市立病院 院長 殿

セカンドオピニオンの趣旨を理解し、目的以外に使用しないことを確約のうえ、セカンドオピニオンを申し込みます。

申込日

年

月

\_\_\_\_\_ 印

日

患者本人	ふりがな						
	氏名 生 性別			様	( 男・	女)	
	生年月日	大正・昭和・平成・令和	年	月	日生(	歳)	
	住所	〒					
	電話番号						
相談者	□ 患者本人	□ 家族(続柄	)	※いづれかに	ニチェックをして <sup>-</sup>	下さい。	
	※相談者がご家族の場合は、下記へご記入下さい。						
家族	ふりがな						
	氏名 • 性別			様	( 男・	女 )	
	生年月日	大正・昭和・平成・令和	年	月	日生(	歳)	
	住所	〒					
	電話番号						
ご相談内容 (できるだけ詳細にご記入ください。別の用紙にご記入いただいても結構です。)							
	私(患者本人)は、貴院担当医師が私の疾患についての診断及び治療内容・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が作成されることに同意いたします。						

松本市立病院 FAX:(0263)92-1100

年 月 日 患者本人\_\_\_\_\_