

## 神戸労災病院 セカンドオピニオン外来申込書(兼同意書)

下記患者の病状についての診断の内容や、現往及び今後の治療方法等に関するセカンドオピニオンの提供を、訴訟の目的などに使用しないこと、実費として定められた料金を全額支払うことに同意のうえ、神戸労災病院に申し込みいたします。

また、神戸労災病院の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、下記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

相談者署名 印

患者署名 印

(相談者が患者本人以外の時に必要です。)

相談者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族(患者との続柄 )
診療科・疾患名	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 疾患名( )
患者氏名等	男・女 明・大・昭・平 年 月 日生( )歳
連絡先 (相談者)	住所 TEL 携帯
現在の主治医 (医療機関)	医療機関名 診療科 主治医 住所 電話 FAX

(病院記入欄)

実施の可否	可・否 (否の場合は理由書を作成ください、申込者に送付します。)	受付担当	担当医師
相談予定日	第1候補: 年 月 日( ) 時 分 第2候補: 年 月 日( ) 時 分 第3候補: 年 月 日( ) 時 分		
申込書受領日	年 月 日( )		
連絡日時	年 月 日( ) 連絡者		
備考			