

香川県立中央病院 セカンドオピニオン外来申込書

平成 年 月 日

フリガナ		生年月日	
患者様の 氏名	(男・女)	明・大・昭・平 年 月 日 ()歳	
現住所	〒 — ◆ 電話 () — ◆ FAX () — ◆ 携帯 () —		
相談者 氏名		患者様 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)		
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		
診断名又は 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 地域医療連携課

◆ 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
の治療方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。

平成 年 月 日

香川県立中央病院長 殿

住 所 _____

氏 名（患者本人自書） _____

生年月日（明・大・昭・平） 年 月 日 生