

## 亀田京橋クリニック セカンドオピニオン外来 申込書

|       |  |       |       |
|-------|--|-------|-------|
| ふりがな  |  | 診察券番号 |       |
| 患者氏名  |  | 生年月日  | 年 月 日 |
| 希望診療科 |  | 希望医師名 |       |

|            |    |              |   |
|------------|----|--------------|---|
| ふりがな       |    | 患者さまとの<br>続柄 | <input type="checkbox"/> 本人<br><input type="checkbox"/> ご家族<br>(続柄： ) |
| 相談者氏名      |    |              |   |
| 相談者<br>連絡先 | 住所 | 〒            |   |
|            | 電話 |              |   |

私の病状についての診断および治療内容、現在および今後の治療法等に関するセカンドオピニオンの提供を下記事項に同意の上、亀田京橋クリニックへ申込みいたします。

- 原則としてセカンドオピニオン診察では新たな検査は行わないこと
- 最初から転医・転院が前提の相談ではないこと
- 主治医に対する不満や苦情等の相談でないこと
- 医療過誤および裁判係争に関する相談でないこと
- 医療費、医療給付に関する相談でないこと
- 自由診療料金として定められた料金を支払うこと
- その他、当クリニック HP「セカンドオピニオン希望の方」の記載事項について確認し、同意すること

**※上記必ず確認し、同意の上✓を入れていただき署名をしてください**

年 月 日

---

患者本人署名

---

本人以外の場合の相談者署名

※本人以外を受診の際も患者本人署名をお願いいたします。