(株)日立製作所　日立総合病院殿

セカンド・オピニオン外来申込書

セカンド・オピニオン外来の趣旨を十分理解し、自由診療料金として定められた金額を支払うことおよび訴訟などの目的に使用しないことを同意の上、下記の内容でセカンド・オピニオンに申込みます。

また、個人情報を本目的で利用することに同意します。

なお、以下の行為は貴院担当医師の許可無く行いません。

(1)　説明の際に受領した資料を第三者（紹介元医療機関を除く）へ提出すること。

(2)　相談中に相談内容を録音すること。

年　　月　　日　　ご相談者名＿＿＿＿＿＿＿＿

※二重線の中をご記入ください

患 者 様	フリガナ 氏　　名 （ 男・女 ）	生年月日 大･昭･平　　年　月　日 （　　）歳
	住　所　〒 電　話　　（　　）	
ご 相 談 者 (本人の場合は記入不要)	フリガナ 氏　　名	ご相談者の続柄
	住　所　〒 電　話　　（　　）	
疾 患 名 (お分かりになる範囲で)		【希望する診療科】
現在の状態	入院中　　通院中　　自宅療養等	
ご相談内容		
現在、治療を受けている医療機関と主治医名	＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿病院.　医院 ＿＿＿＿＿＿＿＿科　＿＿＿＿＿＿＿＿先生	
ご持参いただくもの	・診療情報提供書（紹介状）　・画像検査資料（CD-R またはフィルム等） ・検査データ（血液検査等）　・その他、主治医より提供して頂いた資料 **※　ご家族のみ来院される場合は委任状もご持参ください。**	

(注)セカンド･オピニオン外来は自由診療です。費用は 1 回(30 分)11,000 円となりますのでご了承願います。

※ 申し込み用紙は、ご本人またはご家族の方がご記入ください。

日立総合病院記入欄（控え）

セカンド・オピニオン外来予約日時	年　月　日　午前・午後　時　分		
セカンド・オピニオン外来担当医	診療科名　　科	氏名	
申込者への連絡	済　未	担 当 者	

＜申込み先＞　日立総合病院　地域医療連携室:　TEL　0294-23-8343　FAX　0294-23-8412

セカンド・オピニオン外来委任状

（ご相談者が、ご本人以外の場合は、本委任状を必ず提出）

日立総合病院長殿

私（患者様氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は、本委任状を持参した

（ご相談者）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（続柄）＿＿＿に、貴院担当医師が私の疾患

についての診断及び治療内容、今後の見通しについて、意見や判断を述べ、

私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。

西暦　　年　　月　　日

生年月日(西暦　大正、昭和、平成)　　年　　月　　日生

（患者様氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印