

セカンドオピニオン外来申込書

(あて先) 公立松任石川中央病院長

訴訟・診療上のトラブル等に使用しないこと及び自費診療料金であることに同意の上、セカンドオピニオン外来受診を申し込みます。

令和 年 月 日

氏名

印

患者氏名	(フリガナ)
生年月日・性別	明・大・昭・平・令 年 月 日生 男・女
患者住所	〒
相談者 (患者と相談者が異なる場合)	(フリガナ) 患者との続柄 氏 名
患者または相談者 への連絡方法	1. 自 宅 2. 携 帯 3. F A X
相談希望診療科 (担当医師名)	科 (医師名 :)
相談内容	
主治医の医療機関 氏名・連絡先	病院名・診療科
	主治医氏名
	連絡先
患者または相談者へ 連絡可能な時間帯	時 分 ~ 時 分

〔注意事項〕

- 転医や治療、検査を希望される場合は、一般外来を受診していただくことになります。
- 医療事故や診療上のトラブルに関する相談には応じられません。
- 医療サービス課にて以下の内容を確認させていただいた後、改めて内容の詳細確認や相談日等のご連絡をいたします。

お問い合わせ先 公立松任石川中央病院 医療サービス課
電 話 (076) 275-2222
F A X (076) 274-5974

セカンドオピニオン外来相談同意書

私（患者氏名） _____ は、本同意書を持参しました

（相談者） _____ に対して、貴院診療医師が私の
疾患についての診断・治療内容・今後の見通し等について意見や診断を述べること及び
現在治療中の医療機関の主治医宛に私の疾患についての報告書が作成されることに
同意します。

相談者住所 _____

患者との続柄 _____

令和 年 月 日

患者氏名 _____ 印 _____