

公益財団法人 ちば県民保健予防財団
総合健診センター
セカンドオピニオン申込書

令和 年 月 日

下記の内容に同意し、セカンドオピニオン外来診療を申し込みます。
また、相談者である家族(続柄 :氏名)に別紙同意書を持参させます。
1. 訴訟等の目的に使用しない
2. 自由診療料金として定められた金額を支払います。
3. 相談は下記の内容とします

太枠内をご記入ください

相談者氏名 性別	男・女
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)
相談者住所および連絡先	〒 TEL: — — FAX: — — Eメール:
疾患名	
相談の内容	
患者様の現在の状況	入院中 通院中
入院先 または通院先	医療機関所在地: 医療機関名: 所属・担当科 主治医名

受付年月日	令和 年 月 日(曜)	患者番号
担当診療科		
相談医師への確認		
相談日時	令和 年 月 日(曜) 時 分	

公益財団法人 ちば県民保健予防財団
総合健診センター

セカンドオピニオン 相談同意(委任)書

私(患者様氏名) _____ は下記の内容に同意し、貴総合健診センターに
本同意書を持参した相談者(氏名) _____ に対しまして、貴担当医師が
私の疾患についての診断および治療内容、今後の見通しにつきまして、意見や
判断を述べ、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。

1. 訴訟等の目的に使用しない
2. 自由診療費として定められた金額を家族が支払います。

令和 年 月 日

患者様氏名: _____ 印

生年月日: 大正・昭和・平成 年 月 日

診療情報提供書(紹介状)

令和 年 月 日

相談者氏名 性別	男・女
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)
疾患名	
重症度分類・ ステージなど	
現病歴	
現在の治療内容・ 処方内容	
今後の治療方針	
医療機関および 担当医師名など	<p style="text-align: center;">〒 _____</p> 医療機関所在地: 医療機関名: 所属・担当科 主治医名 連絡先 TEL: FAX: Eメール: