セカンドオピニオン相談外来 申込書

ID ＿

フリガナ		性別	生　年　月　日
患者本人氏名		0 1 男 女	1 2 3 4 5 明 大 昭 平 令 年 月 日 生
フリガナ			世帯主名
住　所	〒 TEL（　　）　－　　（携帯番号　　）		世帯主との続柄

●相談者が患者本人以外の場合（以下記載・同意書必要）

フリガナ		性別	生　年　月　日
（患者本人以外の）相談者氏名		0 1 男 女	1 2 3 4 5 明 大 昭 平 令 年 月 日 生
フリガナ			患者との続柄
住　所	〒 TEL（　　）　－　　（携帯番号　　）		

相談希望・診療科・医　師	診療科　　科 希望医師名　　医師 ※ 特に希望が無い場合は記入しなくても良いです その場合、当院で担当医師を選定いたします

来　院　歴
以前　当院にかかったことがある。（いつ頃）（　　）　ない。

注意事項	＊FAXで送信された場合は、本紙を予約当日、総合受付にお出し下さい。 ＊氏名の漢字がコンピュータで出力できない旧漢字は確認の上、新漢字に置き換えさせていただくことがあります。

疾患名	1.　　2.　　3.		
ご相談の概要			
現在の状況	入院中・通院中	医療機関名： 診療科名：	電話： 主治医氏名：

・「セカンドオピニオンご案内」（説明書）の内容を確認し、同書の「セカンドオピニオン適用外事項」に該当しないこと。
・自由診療料金として定められた料金を支払うこと。
これらについて確認・同意し、新潟臨港病院でのセカンドオピニオンを申し込みます。

令和　　年　　月　　日

ご相談者　氏名　　㊞

平日日中の連絡先（自宅・携帯・職場）　電話番号

病院使用欄　受理日　　.　　.　　面談日　　月　　日（　）　時　　分～　□連絡済
担当医　　科　　□同意書不要
相談場所　　□同意書受領

新潟臨港病院

セカンドオピニオン相談外来 申込書

記載例

ID ＿

フリガナ	リンコウ　ハナコ	性別	生　年　月　日
患者本人氏名	臨港　花子	0 (1) 男　女	1 明　2 大　(3) 昭　4 平　5 令　7 年　1 月　1 日 生
フリガナ	ニイガタシ　ヒガシク　モモヤマチョウ　1-114-3		世帯主名
住　所	〒 950-0051 新潟市東区桃山町１丁目１１４－３ TEL（ 025 ） 274－5331　（携帯番号　）		臨港 太郎
			世帯主との続柄：妻

●相談者が患者本人以外の場合（相談者に関する記載と同意書が必要です）

フリガナ	リンコウ　イチロウ	性別	生　年　月　日
（患者本人以外の）相談者氏名	臨港　一郎	(0) 1 男　女	1 明　2 大　(3) 昭　4 平　5 令　32 年　12 月　31 日 生
フリガナ	ニイガタシ　ヒガシク　モモヤマチョウ　1-114-3		患者との続柄
住　所	〒 950-0051 新潟市東区桃山町１－１１４－３ TEL（ 025 ） 274－5331　携帯番号　090-9999-9999　）		長男

相談希望・診療科・医　師	診療科　消化器内　科 希望医師名　＿＿＿＿＿＿＿＿医師 ※ 特に希望が無い場合は記入しなくても良いです その場合、当院で担当医師を選定いたします

来　院　歴
以前　当院にかかったことが (ある)。（いつ頃）（ 平成２３年頃 ）　ない。

注意事項	＊FAXで送信された場合は、本紙を予約当日、総合受付にお出し下さい。 ＊氏名の漢字がコンピュータで出力できない旧漢字は確認の上、新漢字に置き換えさせていただくことがあります。

疾患名	1. 胃がん	2.	3.
ご相談の概要	平成２６年１１月に○○病院で胃がんと診断され、内視鏡による切除をしてもらったが、本年５月に再発、同病院△△医師より病状と治療方針について説明受けたが、他の治療選択肢が無いか、治療による今後のリスクなど他の医師からも意見を聞きたい。 △△医師もセカンドオピニオン了解されており、紹介状を用意くださるそうです。		
現在の状況	入院中・(通院中)	医療機関名：○○病院 診療科名：消化器内科	電話：×××－×××× 主治医氏名：△△ 二郎

・「セカンドオピニオンご案内」（説明書）の内容を確認し、同書の「セカンドオピニオン適用外事項」に該当しないこと。
・自由診療料金として定められた料金を支払うこと。
これらについて確認・同意し、新潟臨港病院でのセカンドオピニオンを申し込みます。

令和　元年　5月　1日

ご相談者　氏名　臨港　一郎　㊞

平日日中の連絡先（自宅・(携帯)・職場）　電話番号　090-9999-9999

病院使用欄　受理日　．　．　面談日　月　日（　）　時　分～　□連絡済
担当医　科　□同意書不要
相談場所　□同意書受領

新潟臨港病院