

## セカンドオピニオン受診票

[1] 患者氏名 \_\_\_\_\_ 性別 \_\_\_\_\_ 男・女 \_\_\_\_\_

[2] 生年月日  M・T・S・H  年 月 日生 ( )歳

[3] 住所 〒 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

TEL ( ) \_\_\_\_\_

[4] 紹介状・診療情報提供書の 有・無 (○で囲んでください)

[5] 他の病院でどのような診断をされましたか？

[6] 今回特に相談したいことはなんですか？(下記該当項目を○で囲んでください)  
病気について / 検査及び診断について / 治療について / 今後の見通しについて  
その他( \_\_\_\_\_ )

[7] あなたが本人でない場合に以下の質問にお答えください。  
(☒ でチェックしてください)

今回の受診に関して、患者本人の同意を得ていますか？

① 得ている

② 得ていない

↓

②と回答された方にお尋ねします。それは何故ですか？

本人の意思確認が出来ない為

本人には真の病名を知らせていない為

その他

(依頼者)

患者との続柄

代理人署名

( )

住所

記載日 年 月 日



回答者ご署名

(氏名)



患者さまとの続柄 ( )