

セカンドオピニオン外来申込書

() 本人・家族からの申し込み () 医療機関からの申し込み () 医療コーディネーターからの申し込み
相談費用として定められた金額を支払うこと及び訴訟等の目的には使用しないことに同意のうえ、
以下の内容で貴院のセカンドオピニオンに申し込みます。

【患者様に関する事項】

ふりがな			大正・昭和・平成・令和
氏名・性別	(男・女)	生年月日	年 月 日 (才)
住 所	〒	電話番号	
当院診察券	あり (登録番号: - -) ・ なし		*いずれかに○をつけてください ありの場合は登録番号を記載ください

【相談者に関する事項】

ふりがな		患者様との関係	
氏 名			
連絡先	日中連絡先 (勤務先電話番号・携帯電話番号など)	電話番号	
本人の了解	同意書あり・同意書なし (相談者をご家族の場合は、同意書が必要です)		

* 医療機関、医療コーディネーター (身元保証機関) からの申し込みの場合は、連絡先に病院名・部署・担当者の氏名を記入ください。

【相談内容に関する事項】

病名または症状 (現状を分かる範囲で記載してください)			
受診中の医療機関 (病院名)、診療科、担当医師名 * 医師の了解を得ていることが前提となります			
現在までの経過や相談事項 (セカンドオピニオンの目的) を具体的に記載してください			
相談希望の診療科 (特に希望が無い場合にはこちらで判断させていただきます)			
来院者	<input type="checkbox"/> 患者本人のみ <input type="checkbox"/> 患者本人と家族 <input type="checkbox"/> 家族のみ <input type="checkbox"/> 患者本人と医療コーディネーター <input type="checkbox"/> 患者家族と医療コーディネーター		
相談希望日	第1希望	年 月 日 (曜日)	午前・午後 * 都合が悪い日があればお知らせください
	第2希望	年 月 日 (曜日)	午前・午後
	第3希望	年 月 日 (曜日)	午前・午後

受付時間: 月～金曜日 9:00～16:00 受付FAX: 076-434-5104

富山大学附属病院 医療福祉サポートセンター TEL:076-434-7798

(がん疾患の場合は) がん相談支援センター

TEL:076-434-7725