

## セカンドオピニオン外来申込書

申込日 年 月 日

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平・令
患者さま氏名	(男・女)		年 月 日
患者さま住所	〒 -		
電話番号	( ) - ※平日の日中に連絡が取れる番号をご記入ください		
当院受診歴	有・無	当院診察券番号	※有の場合ご記入ください

\*ご本人が相談される場合は記入不要です。代理人のみでご相談の場合、患者さまご本人の同意書も必要となります。

フリガナ		患者さまとの続柄	
代理人氏名	(男・女)		
代理人現住所	〒 -		
代理人 電話番号	( ) - ※平日の日中に連絡が取れる番号をご記入ください		

持参できる資料	<input type="checkbox"/> 画像写真	<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> 超音波検査結果
	<input type="checkbox"/> 超音波検査結果	<input type="checkbox"/> その他( )		

相談希望日	<input type="checkbox"/> 病院の指定する日時で可										
	第1希望	月	日	曜日	第2希望	月	日	曜日	第3希望	月	日

\*希望日に添えない場合がありますのでご了承ください

※代理人の方によるご相談の場合は、下記同意書の記入及び原則一親等以内であることを証明する書類(保険証、住民票、戸籍抄本 等)の控を添付下さい。

## セカンドオピニオン同意書

(相談者をご本人の場合は不要)

トヨタ記念病院 病院長 殿

私は、以下の代理人に私の病状等に関する資料を持参させ、貴院の担当医師に対してセカンドオピニオンを求めることに同意いたします。

同意年月日 年 月 日

患者さま氏名 \_\_\_\_\_ (自署)  
(小学生以下は不要)

代理人氏名 \_\_\_\_\_ (自署)

患者さまとの続柄 \_\_\_\_\_

## 《 セカンドオピニオン外来のご案内 》

### 1. 対象となる方

患者さま本人 及び患者さまからの同意を得た代理人(原則 一親等以内)

### 2. 対象外事例

- ・医療訴訟や主治医に対する不満・苦情に関する相談
- ・主治医より診療情報提供書や検査資料の提供が得られない場合
- ・特定の医師、医療機関への転院希望がある場合
- ・本人の同意が得られていない場合
- ・当院への転院を希望している場合(一般外来で対応)
- ・亡くなられた患者さまに関する相談
- ・相談内容が当院の専門外の場合

### 3. 申込方法

現在受診中の医療機関から当院地域医療連携グループへ、下記①～③の書類をFAXまたは郵送にてお送りください。

「予約日」、「担当医」等が決まりましたら受診中の医療機関へご連絡します。

<提出書類>

- ①セカンドオピニオン外来申込書
- ②セカンドオピニオン診療情報提供書(受診中の医療機関のものでも可)
- ③セカンドオピニオン同意書(代理人がご相談の場合、続柄を証明する書類の控も添付)

<受付時間>

平日(月～金) 9:30～16:30

※祝祭日、年末年始等を除く。詳細は当院カレンダーをご参照ください。

<書類送付およびお問合せ先>

〒471-8513 豊田市平和町1-1 トヨタ記念病院 地域医療連携グループ  
TEL:(0565)74-3091 FAX:(0565)29-8828

### 4. 当日持参いただく資料

画像写真等の検査記録

患者さまご本人自身、又は代理人ご自身を証明するもの(運転免許書、保険証 等)

### 5. 費用

自費扱い

30分 11,000円(税込) (1時間を限度、30分毎に11,000円追加)