

# 和歌山ろうさい病院セカンドオピニオン外来申込書

私の病状についての診断の内容や、現在および今後の治療法等に関するセカンドオピニオンの提供を下記事項に同意の上、和歌山ろうさい病院に申し込みをします。

- 「セカンドオピニオン外来のご案内」の記載事項
- 訴訟の目的に使用しないこと
- 自由診療料金として定められた金額を支払うこと

令和 年 月 日

患者本人署名（18歳未満以外は必須）

印

相談者署名（本人以外の場合）

印

希望診療科	科		
患者氏名	ふりがな	男・女	生年月日
患者住所	〒	電話番号	
ご相談者の 連絡先 (ご本人の場 合は続柄に○ 印だけで結構 です)	氏 名	_____	
	住 所	_____	
	電話番号	_____	
	続 柄	ご本人・ご家族（続柄 _____）	
現在の状況	医療機関名称	主治医	( _____ ) 科
			( _____ ) 先生
	病名・症状		
相談内容 (欄が不足の 場合は別紙で も結構です)			
提出できる 検査資料等	<input type="checkbox"/> 紹介状（診療情報提供書等） <input type="checkbox"/> 検査データ <input type="checkbox"/> レントゲンフィルム(MRI・CT等含む) <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )		

(病院記入欄)

実施の可否	可・否 (否の場合は、理由を作成ください。申込者に送付します)			診療科担当
相談予定日	第1候補	年 月 日 時	(担当医師 _____)	
	第2候補	年 月 日 時	(担当医師 _____)	
	第3候補	年 月 日 時	(担当医師 _____)	
申込書受付日		受付者		備考
面談者への 連絡日		連絡者		

# セカンドオピニオン同意書

独立行政法人 労働者健康安全機構  
和歌山労災病院長 殿

私は、下記の者が、私の代理人として、和歌山労災病院にてセカンドオピニオンを受けることに同意します。

なお、セカンドオピニオンを受けることにつき、代理人がセカンドオピニオンに必要な私個人の診療情報等を提供すること、及びその情報に基づいた意見を代理人に伝え、その報告書を紹介元の主治医に提供することについても、あわせて同意します。

令和 年 月 日

本人：  
住所 \_\_\_\_\_  
(ふりがな)  
氏名 \_\_\_\_\_ 印

## 記

代理人：  
(ふりがな)  
①氏名 \_\_\_\_\_ 続柄(本人の) \_\_\_\_\_  
(ふりがな)  
②氏名 \_\_\_\_\_ 続柄(本人の) \_\_\_\_\_  
(ふりがな)  
③氏名 \_\_\_\_\_ 続柄(本人の) \_\_\_\_\_

注1：本人の直筆で記入願います。

注2：代理人の相談者は、相談者本人を証明するもの（運転免許証・保険証等）  
をご持参願います。

注3：代理人の相談者が多く書ききれない場合は、裏面に記入願います。