

田川市立病院セカンドオピニオン相談申込書

受付日：平成 年 月 日

フリガナ		性別	生 年 月 日
患 者 氏 名	印	男 ・ 女	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生 () 歳
患者の住所・連絡先	〒 住 所 : 電話番号 : FAX 番号		
相 談 者 氏 名	ご本人・ご家族 (続柄 :)		
相談者の住所連絡先 (本人以外の申込みの場合)	〒 住 所 : 電話番号 : FAX 番号		
現 在 の 状 況	入院中 ・ 通院中		
疾 患 名	1 2		
ご相談の具体的内容			
受診中の医療機関と 主治医のお名前	病院名 () () 科 () 先生		

※相談者が本人以外の場合は、患者本人の同意書が必要です。

同 意 書	
私は、()に私の診療情報を開示すること、また治療の方針等について私の代理として医師より説明を受けることに同意します。	
平成 年 月 日	患者氏名 : 印