

# セカンド・オピニオン利用申込書

【患者様ご記入欄】

平成 年 月 日

フリガナ		生年月日
氏名	男 ・ 女	明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)
住所・電話番号	〒	TEL: ( )
相談者氏名 (本人以外の場合)		患者との関係 ( ) 連絡先: ( )
受診中の病院	病院	科
お聞きになりたいこと(ご本人、ご家族様の希望等もご記入ください。)		
持参可能な書類 紹介状 (診療情報提供書)  X線フィルム ( CT・MRI ) 等、説明された画像 検査データ (血液データ ・ その他 )		

医療法人 桜花会 高林有道クリニック

TEL (075) 256-8460

FAX (075) 256-8461

# 高林有道クリニック セカンド・オピニオン同意書

私（患者様氏名） \_\_\_\_\_ は、本同意書を持参  
しました（相談者様氏名） \_\_\_\_\_（続柄： \_\_\_\_\_）が  
医師 高林有道 から私の疾患についての診断及び治療内容、今後の  
見通しなどにつきまして、説明を受けることに同意いたします。

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

\_\_\_\_\_  
（患者様氏名） \_\_\_\_\_ 印

生年月日（明治・大正・昭和・平成） \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生

\_\_\_\_\_  
（相談者様氏名） \_\_\_\_\_ 印