

# セカンドオピニオン外来 診療情報提供書兼申込書

JA愛知厚生連 豊田厚生病院

セカンドオピニオン外来 \_\_\_\_\_ 先生

病院名 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_

TEL:( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

FAX:( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

受診者：患者本人・代理人(代理人の場合は「セカンドオピニオン外来代理人申込書」必要)

予約確定日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日( ) \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分 ~

フリガナ		生年月日	明大昭平
患者氏名	(男・女)		年 月 日 ( 歳)
現住所	〒 _____ TEL:( _____ ) _____		
受診歴	豊田厚生病院 受診歴 有(患者番号: _____) ・ 無		
疾患名			
セカンドオピニオン を受けたい理由			
経過及び検査結果 現在の処方等			
当日持参する資料	<input type="checkbox"/> X-P <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 生理学検査結果 <input type="checkbox"/> 超音波検査結果 <input type="checkbox"/> その他( _____ )		

\*相談内容によっては、一般外来をご案内する場合がありますのでご了承願います

\*患者本人以外が受診される場合は、代理人の方へ「セカンドオピニオン外来代理人申込書」の記入をご案内願います



JA愛知厚生連

**豊田厚生病院**  
地域医療連携課

平日 8:30~19:00 第1・3土曜 9:00~12:00

電話:(0565)43-5077 FAX:(0565)43-5030



P-000011. 地域医療連携課. 2015/12/01

# セカンドオピニオン外来 代理人申込書

フリガナ		生年月日	明 大 昭 平
患者氏名	(男・女)		年 月 日 ( 歳)

フリガナ		続柄	
代理人氏名	(男・女)		
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月 日
住所	〒 ー		
電話番号	( ) ー ※平日の日中に連絡が取れるところを記入してください		
持参いただく資料	<input type="checkbox"/> セカンドオピニオン外来診療情報提供書兼申込書 <input type="checkbox"/> 検査結果・画像写真等の診療記録 <input type="checkbox"/> 患者さん本人以外(代理人)はセカンドオピニオン外来代理人申込書 <input type="checkbox"/> 患者さん本人以外(代理人)は自身を証明するもの(運転免許証、保険証等)		

## セカンドオピニオン同意書

愛知県厚生連農業協同組合連合会

豊田厚生病院長 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 西暦20\_\_年\_\_月\_\_日

患者氏名(本人) \_\_\_\_\_ (自署)

代理人氏名 \_\_\_\_\_ (自署)

(患者との続柄) \_\_\_\_\_