

福岡和白病院 セカンドオピニオン 申込書

年 月 日

患 者	(フリガナ) 氏名・性別	() 様 (男・女)		
	生年月日	年 月 日 (歳)		
	住所	〒		
	連絡先	① () - ② () -		
申込者 ※ご本人の場合記載 の必要はありません	(フリガナ) 氏名	()	患者 との続柄	
	住所	〒		
	連絡先	① () - ② () -		
日程調整等の為のご連絡先		氏名 : 連絡先 : () -		
疾患名				
相談内容	☐ 手術について ☐ 放射線治療について ☐ 化学療法について ☐ その他			
	(自由記入欄)			
治療を受けている 医療機関 について	病院・診療所名			
	所在地			
	電話番号			
	診療科			
	主治医名			
来院予定者	☐ 患者	同席者	氏名 : 続柄 ()	
			氏名 : 続柄 ()	

福岡和白病院 セカンドオピニオン 誓約書

私(患者もしくは同意者)は、貴院で行われるセカンドオピニオン外来について患者本人、受諾者がいかなる不利益があったとしても、全ては自らの責任に負うものであると承諾し、福岡和白病院には一切の異議申し立て、ご迷惑をおかけしないことを誓約いたします。また今回の相談内容を医療費、医療給付、医療訴訟に関することには使用いたしません。

年 月 日

患者署名 _____ 印

同意者署名 _____ 印

※必ず記載者ご自身でご記入ください。

※相談日当日に本人の確認が取れる物(運転免許証、保険証)をお持ちください。

福岡和白病院 セカンドオピニオン外来
委任状

私(患者氏名)_____は、本委任状を持参しました

代理人(続柄)_____ (相談者)_____に対して、貴院

担当医師が私の疾患についての診断及び治療内容、今後の見通しにつきまして、意見

や判断を述べ、私の主治医あての報告書が作成されることに同意し、その他これに関

する一切の件を委任いたします。

年 月 日

患者署名 _____ 印

生年月日 _____ 大正・昭和・平成・令和 年 月 日生

(注意 1) 委任状の記入は患者様の直筆をお願いします。

(注意 2) ご本人が来院される場合、本用紙は必要ありません。