

(様式2)

No.

令和 年 月 日

セカンドオピニオン申込書

宮崎大学医学部附属病院長 殿

この度、貴院にて下記の患者に関わるセカンドオピニオンの提供を受けるにあたり、患者及び相談者ともにその趣旨を理解し、患者の同意のもと申しいたします。

なお、治療結果の評価、医療費用、医療給付、医療訴訟などに関わる相談はいたしません。

患者	フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
	氏名		生年 月 日	T・S・H・R 年 月 日 () 歳	
	住所	〒			
	連絡先	電話： — —	携帯： — —		
相談者	フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
	氏名	続柄 ()	生年 月 日	T・S・H・R 年 月 日 () 歳	
	住所	〒			
	連絡先	電話： — —	携帯： — —		
(1) ご相談の目的					
(2) 今までの治療経過					
(3) 患者さんの現在の状況 (<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 在宅)					
病名： <input type="checkbox"/> 知っている <input type="checkbox"/> 知らない <input type="checkbox"/> 分からない					
歩行： <input type="checkbox"/> 一人で歩ける <input type="checkbox"/> 歩けない					
食事： <input type="checkbox"/> 普通に食べれる <input type="checkbox"/> 少し食べれる <input type="checkbox"/> 食べられない					
主な訴え：					
その他の症状：					
(4) 現在の入院先又は通院先					
所在地：					
病院名：					
主治医氏名：					
連絡先： () —					