

申 込 書

平成 年 月 日

富岡地域医療事務組合
公立富岡総合病院
院長 佐藤 尚文 様

下記のとおり、セカンドオピニオン外来を申込みます。

患 者	氏 名 _____ 生年月日 _____ 年 月 日
	住 所 _____ 電話番号 () - () - ()
1	ご相談内容
2	今までの経過及び現在の状況
3	入院先または通院先 所在地： 病院名： 電話番号：() - () - ()

申 込 者	※申込者はご本人又はご家族に限ります。 (この箇所は申込者本人の自筆でお書きください。)
	氏 名 _____ ⑩
	住 所 _____ 電話番号 () - () - ()

添 付 書 類

(該当欄の【 】に○を記入してください。)

- *ご本人の場合 : ①身分証明書 (運転免許証、保険証等)
- *ご家族の場合 : ①身分証明書 (運転免許証、保険証等)
②ご家族であることを証明する書類
(戸籍謄本、同じ住所の運転免許証や保険証)
- ③同意書

平成 年 月 日

同意書

私 _____ は、下記の者を代理人として、私に関する診療内容のセカンドオピニオンを受けるための申し込み、並びにその相談・説明に関する一切の件を代理人に委任することを同意いたします。

患者氏名（この箇所はご本人の自筆でお書きください）

氏 名 _____

明治・大正

生年月日 昭和・平成 年 月 日

住 所 _____

電話番号 () - () - ()

代理人（ご家族）

氏 名 _____ 続柄 _____

明治・大正

生年月日 昭和・平成 年 月 日

住 所 _____

電話番号 () - () - ()