

(第1号様式)

北九州市立八幡病院 セカンドオピニオン外来 申込書

訴訟等の目的に使用しないこと及び自由診療料金として定められた金額を支払うことに同意の上、以下の内容で、貴院のセカンドオピニオン外来受診を申し込みます。

平成 年 月 日 氏名 _____ 印

患者	氏名、性別	(ふりがな) _____ 様 (男、女)
	生年月日 (年齢)	(大正、昭和、平成) 年 月 日生 (歳)
	住所	〒 _____
相談者	連絡先	TEL (_____) 携帯 (_____) FAX (_____)
	患者との関係	ご本人、ご家族 (続柄 _____)
疾患名		# 1. # 2. # 3.
相談内容	※相談したい内容を具体的に記入して下さい。 ※記入欄が不足する場合は、別紙で記入願います。	
紹介元医療機関	医療機関名	(_____) 病院、診療所
	主治医	(_____) 科 (_____) 先生
	住所、連絡先 (分かる範囲で結構です)	

【病院受付記載欄】

受付	診療科主任部長	担当医名	受入可否	相談時間	相談場所	その他
				月 日 () 時 分		

医療連携室 → 各科主任部長 → 医療連携室

(ID : _____)

(第2号様式)

北九州市立八幡病院 セカンドオピニオン外来

相談同意書

私(患者氏名) _____ は、本同意書を持参しました

(相談者) _____ (患者さんとの続柄: _____)

に対して、貴院担当医師が私の疾患についての診断および治療内容、今後の見通しについて、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いたします。

平成 年 月 日

生年月日(大正、昭和、平成) 年 月 日生

(患者氏名) _____ 印

(注) 相談者は本人を証明するもの(運転免許証、健康保険証等)をご持参ください。

(第3号様式)

北九州市立八幡病院 セカンドオピニオン外来あて
診療情報提供書

患者さんの氏名、性別	_____様 (男、女)
生年月日 (年齢)	(大正、昭和、平成) 年 月 日生 (歳)
疾患名	# 1. # 2. # 3.
重症度分類、ステージなど	
現病歴 (ご自由にお書きください。 用紙が不足する場合には貴院 所定書式でも結構です。)	
現在の治療内容、処方内容	
今後の治療方針	
(本日の日付)	平成 年 月 日作成
先生の医療機関とお名前	医療機関名：_____ 先生の氏名：_____
連絡先	TEL (- -) FAX (- -)

(第4号様式)

病院 科
先生侍史

北九州市立八幡病院セカンドオピニオン外来から
主治医の先生へのお願い

平素より病診連携に格別の御配慮をいただき、誠にありがとうございます。
さて、このたび貴院受診中の患者である_____様が
当院のセカンドオピニオン外来の相談を希望されました。

当院のセカンドオピニオン外来では、これまでの診断や治療内容について、私
どもの意見等をお伝えし、今後の治療の参考にさせていただくことを目的として
おります。

当院では新たな検査や治療を行いませんので、ご多忙のところ大変恐縮です
が、これまでの診断・治療内容につきまして「診療情報提供書」(第3号様式、
又は貴院所定様式)をご記載いただくとともに、検査資料等の貸し出しをお願い
致したく存じます。当院での相談の内容につきましては、改めてご報告申し上げます。

貴院におかれましては、当院セカンドオピニオン外来の趣旨をご理解いただ
き、ご協力賜りますようよろしくお願い申し上げます。

北九州市立八幡病院 院長
市川光太郎