

受付No \_\_\_\_\_  
平成 年 月 日

### セカンドオピニオン申込書

筑波記念会 筑波総合クリニック院長 殿

私の病状についての診断内容や、現在および今後の治療法等に関す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、貴院に申し込みいたします。

平成 年 月 日

患者本人署名（原則として18歳未満以外必須）

印

本人以外の場合の相談者署名

印

相談者	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 家族
患者氏名		
性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
住所		
電話番号		
相談者氏名	続柄（ ）	
住所		
電話番号		

相談シート

平成 年 月 日

(1) 相談の目的

(2) 今までの治療経過

(3) 患者様の現在の状況 (入院中・通院中・在宅)

病名を患者様は (知っている・知らない・分からない)

病名を相談者は (知っている・知らない)

歩行 : (一人で歩ける・歩けない)

食事 : (普通に食べられる・少し食べられる・食べられない)

主な訴え :

その他の状況 :

(4) 現在の入院先または通院先

所在地 :

電話番号 :

病院名 :

診療科名 :

主治医名 :

(5) 持参できる資料