

セカンドオピニオン外来 申込書

私の病状についての診断の内容や、現在及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、下記事項に同意の上、筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター・水戸協同病院に申し込みをいたします。

- ・「セカンドオピニオン外来のご案内」の記載事項
- ・訴訟の目的に使用しないこと
- ・自由診療料金として定められた金額を支払うこと

年 月 日
患者本人署名（原則として 18 歳未満以外必須）
本人以外の場合の相談者署名

印
印

相談者	☐ 本人 ☐ 家族
患者氏名・性別	ふりがな 氏名 (男・女)
生年月日（年齢）	(大正・昭和・平成・令和) 年 月 日生 (歳)
相談者氏名	ふりがな 氏名 (男・女)
相談者の連絡先	住所： TEL () FAX ()
主治医の医療機関と お名前	() 病院、診療所 () 科 () 先生

(病院記入欄)

実施の可否	可・否 (否の場合は理由を作成して下さい。申込者に送付します)	診療科担当	科長確認
相談予定日	第1候補： 月 日 時 分 (担当医師) 第2候補： 月 日 時 分 (担当医師)		
申込書受理日	連絡日時 (担当)	備	考

相談同意書

私（患者様氏名） の代理人として、本同意書を持参いたしました。
(ご相談者氏名) に対して、貴院担当医師が意見や判断を述べること、私の主治医宛での報告書が作成されることに同意いたします。

年 月 日

患者様ご氏名

印



筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター
茨城県厚生連 総合病院 水戸協同病院

