

福井赤十字病院 殿

セカンドオピニオン申込書

記入日 年 月 日

I. 患者情報 ※⑤番の質問には、番号に○を付してご回答ください。			
①氏名			
②生年月日	大正・昭和・平成・令和	年	月 日
③住所			
④電話番号			
⑤現在の状態	1. 入院中	2. 通院中	3. 在宅で治療中
II. 相談者情報 ※相談者が患者本人の場合は、記入はおりません。			
⑥氏名		患者との続柄	
⑦住所			
⑧電話番号			
III. 相談内容 ※⑨番の質問には、番号に○を付してご回答ください。			
⑨相談の目的をお知らせください。	1. 診断や治療方針が妥当かどうかを確かめたい 2. 他の治療法の可能性を知りたい 3. その他 ()		
⑩今までの経過を簡単にお知らせください。	1. 診断の時期 年 月ごろ 2. 病名 3. 主治医の意見 _____ _____ _____		

※相談の内容が以下の項目に該当する場合は、相談をお受けする事ができません。

ご確認のうえ、お申込みください。

- 院外主治医から、診療情報提供書をもっていない。
- 院外主治医から、相談に必要な資料を借りていない。
- 特定の医師や医療機関（福井赤十字病院以外）への紹介を希望している。
- 福井赤十字病院での治療を希望している。
- 相談内容は、院外主治医に対する不満である。
- 現在裁判係争中である。
- 相談内容は、医療費の内容、医療給付に関わることである。
- 死亡した患者についての相談である。
- 相談内容は、治療後の結果の良し悪しを聞くことである。