

## 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(31,500円)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		相談者氏名	印
患 者	氏名, 性別	(ふりがな) _____ 殿 (男, 女)	
	生年月日(年齢)	(大正, 昭和, 平成)      年      月      日生 (      歳)	
	住 所	〒      -      _____	
	連絡先	TEL(      -      -      )      FAX(      -      -      ) 携帯(      -      -      )	
相 談 者	住 所	〒      -      _____	
	連絡先	TEL(      -      -      )      FAX(      -      -      ) 携帯(      -      -      )	
	続 柄	本人 ・ 家族 (続柄      )	
疾患名		# 1. # 2. # 3.	
具体的な相談内容 (ご自由にお書きください。用紙が不足している場合には別紙でも結構です。)			
紹 介 元 医 療 機 関	医療機関名, 主治医	(      ) 病院、診療所 (      ) 科 (      ) 先生	
	住所, 連絡先 (分かる範囲で 結構です)	〒      -      _____ 住 所 _____ TEL(      -      -      )      FAX(      -      -      )	

※相談者は、太枠内へ自署・押印願います。

\_\_\_\_\_  
病院 \_\_\_\_\_ 科

\_\_\_\_\_  
先生侍史

### 主治医へのお願い

平素より病診連携に関しまして格別の御配慮を戴き、誠にありがとうございます。  
さて、このたびは貴院受診中の患者さんである \_\_\_\_\_ 殿が当院のセカンドオピニオン外来の受診を希望されました。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、患者さんに私どもの意見や判断をお伝えし、今後の治療の参考にしていただくことを目的にしております。

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（Ⅱ）」（様式4）をお書きいただくとともに、検査資料等の貸し出しをお願い致したく存じます。当院での相談の結果につきましては、改めて御報告申し上げます。

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、御協力のほどよろしくお願い申し上げます。

北海道大学病院長 福 田 諭

## 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、北海道大学病院担当医師が私の疾患についての治療内容および診断、  
今後の見通しにつきまして、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

## 北海道大学病院セカンドオピニオン外来あて

## 診療情報提供書（Ⅱ）

患者さんの氏名, 性別	_____ 殿 (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。 用紙が不足している場合には別紙 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) 先生の医療機関とお名前, 連絡先	平成 年 月 日 作成 医療機関名 _____ 先生の氏名 _____ TEL( - - )FAX( - - )