

# セカンドオピニオン申込用紙

太枠内をご記載下さい

記入日：令和 年 月 日

患者様	氏名	生年月日	年齢	性別
	(フリガナ)	大・昭・平		男・女
		年 月 日	歳	
住所・電話番号				
〒				
電話( )				

相談者	氏名・続柄	年齢	性別	電話番号
	(フリガナ)	歳	男・女	

病名	
患者さんの現在の状況 入院中・通院中・在宅・その他( )	
1)治療前 2)治療中 3)再発、転移 4)緩和ケア	
5)罹患なし 6)その他( )	
具体的な相談内容(相談の目的など、ご自由にお書きください)	
医療機関名(現在受診中の入院先または通院先)	
診療科	主治医
相談日のご希望、ご都合の悪い日・時間をお知らせください	

## 【確定内容(病院記載欄)】

相談日時	令和 年 月 日( ) 時 分
診療科・担当医	科 医師
相談場所・備考	

【以下の内容に同意の上、お申し込みください】

- 現在受診中の病院への訴訟等の目的に使用しないこと
- セカンドオピニオン担当医師が診断及び治療内容、今後の見通しにつき意見判断を述べ、現在受診中の主治医宛に報告書が作成されます
- 自由診療のため健康保険は適応されません。料金は22,000円/60分以内となります

JA北海道厚生連札幌厚生病院 患者サポートセンター地域医療連携科  
TEL011-261-5331(代表) FAX011-261-0515(直通)

令和5年8月改訂