

# 西脇市立西脇病院 セカンドオピニオン申込書兼同意書

年 月 日

個人情報の取扱いに関する下記事項に同意のうえ、セカンドオピニオンを申し込みます。

## 記

- 1 紹介元医療機関が、相談に必要な私個人の診療情報を西脇市立西脇病院のセカンドオピニオン担当医に提供すること。
- 2 セカンドオピニオン担当医が、 \_\_\_\_\_ (来院者氏名・続柄) に私の疾患に関する病状、診断、治療方法などを伝えること。  
(患者本人が来院できない場合)
- 3 セカンドオピニオンにおける相談結果を紹介元医療機関の主治医に診療情報として提供すること。

患者住所 \_\_\_\_\_

患者氏名  
(自署) \_\_\_\_\_