

弘前脳卒中・リハビリテーションセンター  
 地域医療連携室：セカンドオピニオン担当者宛て

申し込み方法  
 該当する方に○をしてください。  
 メール・FAX・郵送

## セカンドオピニオン申込書

訴訟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33,000円（税込）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受診を申し込みます。

申込日 令和 年 月 日

相談者氏名

患者	(フリガナ)		男・女	生年月日	大正・昭和・平成
	氏名				年 月 日
	住所 (連絡先)	〒			
電話/FAX/メール					

※ 患者さんご本人が相談される場合は、「相談者」欄の記入は不要です。

相談者	(フリガナ)		男・女	生年月日	大正・昭和・平成
	氏名				年 月 日
	住所 (連絡先)	〒			
電話/FAX/メール					
				患者との続柄	

現在の 状況	病名				
	紹介元 医療機関	医療機関名	病院・医院・診療所		
		診療科・ 主治医名	科 先生		
		住所（分かる範囲で結構です）	〒		
電話/FAX/メール					

ご相談内容を具体的に記入  
 ・なるべく詳しく、ご記入ください  
 ・別紙へ記入でも可能です

※ 本申込書をメール（renkei@reimeikyou.jp）かFAX（0172-27-9013）または下記まで送付してください。

送付先（〒036-8104弘前市扇町一丁目2番地1 弘前脳卒中・リハビリテーションセンター地域医療連携室宛て）

弘前脳卒中・リハビリテーションセンター 院長 殿

## 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 \_\_\_\_\_) に対して貴院担当医師が、  
私の疾患についての診断および治療内容、今後の見通し等につい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。

令和     年     月     日

患者さん署名 \_\_\_\_\_

生年月日 (大正・昭和・平成・令和)     年     月     日

住所 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_