

### セカンドオピニオン申込書

患者様の氏名・性別	フリガナ
	(男・女)
生年月日	(明治・大正・昭和・平成) 年 月 日生( 歳)
ご住所	〒
ご連絡先	TEL ( ) ※必ず、ご連絡の取れる電話番号をご記入ください。
	FAX ( )
疾患名	1、 2、 3、
患者さまの現在の状況	入院中 ・ 通院中 ・ その他( )
相談内容	
現在受診している医療機関名	
主治医氏名	
持参できる資料	

聖マリアンナ医科大学附属研究所  
ブレスト&イメージング先端医療センター附属クリニック  
セカンドオピニオン外来

## 同意書

私（患者様氏名）\_\_\_\_\_は、

（相談者氏名）\_\_\_\_\_（続柄）\_\_\_\_\_に対して、

貴院担当医師が私の疾患についての診断及び治療内容、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

住所 \_\_\_\_\_

生年月日（明治・大正・昭和・平成） 年 月 日生

（患者様氏名） \_\_\_\_\_ 印

聖マリアンナ医科大学附属研究所  
ブレスト&イメージング先端医療センター附属クリニック院長殿