別紙１

申　込　書

年　　月　　日

富岡地域医療企業団
公立富岡総合病院
院長　　様

下記のとおり、セカンドオピニオン外来を申込みます。

患　者	氏　名 生年月日　　年　月　日 住　所 電話番号　（　　）－（　　）－（　　）

１　ご相談内容

２　今までの経過及び現在の状況

３　入院先または通院先
　所在地：
　病院名：
　　電話番号：（　　）－（　　）－（　　）

申　込　者	※申込者はご本人又はご家族に限ります。 （この箇所は申込者本人の自筆でお書きください。）

氏　名　　㊞

住　所
電話番号　（　　）－（　　）－（　　）

添 付 書 類

＊ご本人が申込みされる場合：①身分証明書類のコピー
【　】運転免許証【　】保険証【　】マイナンバーカード
＊ご家族が申込みされる場合：①身分証明書のコピー
【　】運転免許証【　】保険証【　】マイナンバーカード
②同意書（当日本人が同席しない場合は必須）
注：場合によってご家族であることを証明する書類（戸籍謄本等）の提出を求めることもあります

別紙２

年　　月　　日

同　意　書

私 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿は、下記の者を代理人として、私に関する診療内容のセカンドオピニオンを受けるための申し込み、並びにその相談・説明に関する一切の件を代理人に委任することを同意いたします。

患者氏名（この箇所はご本人の自筆でお書きください）

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿年　　月　　日

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
電話番号　（　　）－（　　）－（　　）

代理人（ご家族）

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　続柄＿＿＿

生年月日＿＿＿＿＿＿＿＿年　　月　　日

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
電話番号　（　　）－（　　）－（　　）