

武蔵村山病院 放射線治療セカンドオピニオン  
申込書（同意書）

フリガナ		男	生年月日	年齢（ 歳）
患者さま氏名		女	M T S H	年 月 日
住所				
TEL				

疾患名			
ご相談の具体的な内容			
主治医 医療機関名 氏名 連絡先	医療機関名	診療科名	
	主治医氏名	連絡先TEL	

\*セカンドオピニオンを受けられる方が患者さまご本人ではない場合、下記もご記入ください

相談者氏名			
相談者住所			
患者さまとの続柄		連絡先TEL	
患者さまご本人の同意	私は上記相談者がセカンドオピニオンを受け、診断や治療内容、見通しについて 貴院医師が意見を述べ、主治医宛の報告書を作成されることに同意します。		
	署名	Ⓜ	

\* この申込書とセカンドオピニオン目的の診療情報提供書と診療データを放射線治療室までお送りください  
 宛先：〒208-0022 東京都武蔵村山市榎1-1-5 放射線治療室 TEL：042-566-3111(代)