

セカンドオピニオン外来 申込書

訴訟等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を申し込みます。

患者様のお名前・性別	ふりがな			男・女		
生 年 月 日	大正・昭和・平成			年	月	日 (満 歳)
相 談 者 氏 名 (患者様以外の場合)	(患者様の同意を得ているご家族・相談者) ふりがな				患者様との続柄	
患者様及びご相談者の 住 所  連 絡 先	〒					
	住所：					
	連絡先：(自宅)		—	—		
	(携帯)		—	—		
疾 患 名	※					
	※					
	※					
ご 相 談 内 容	(ご自由にお書き下さい。書ききれない場合は別紙にお書き下さい)					
患者様の現在の状況	「入院中・通院中」 ※入院先及び通院先の医療機関名及び主治医名 所在地 ( ) 医療機関名 ( ) 科名：( ) 主治医名 ( )					
相 談 希 望 日	① 月 日 ( )	② 月 日 ( )	③ 月 日 ( )			

【病院記入欄】

受付番号		受付年月日	年 月 日
担当診療科		担当医師名	
相談日時	年 月 日 ( )	時 分	医療連携担当者 印