

* セカンドオピニオン外来申込書 *

訴訟などの目的に使用しないこと及び病院が定めた料金を支払うことに同意した上、以下の内容で、貴院のセカンドオピニオン外来の受診を申し込みます。

		申込日	年	月	日	
ふりがな		生 年 月 日	明治 大正 昭和	年	月	日 (歳)
患者氏名	男 ・ 女	平成 令和				
住所・連絡先	〒 — Tel (— —) fax (— —)					
ふりがな						
相談者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 続柄 ()					
相談者の住所・連絡先	〒 — Tel (— —) fax (— —)					
※相談者がご本人の場合は記入不要です						
疾患名						
相談目的・具体的内容 (記入欄が不足する場合は、別紙にご記入頂いても構いません)						
相談の希望日時	第1希望	月	日	午後	時	
	第2希望	月	日	午後	時	
	第3希望	月	日	午後	時	
現在かかっている医療機関と主治医のお名前						
医療機関名	診療科	科	主治医	先生		

【当院記載欄】

相談決定日	年	月	日	曜日	午後	時	から
相談担当医	医師			場所			
相談者への連絡	済 ・ 未	電話 ・ FAX ・ 郵送		資料等の事前受取 有 ・ 無			