

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外来受診を申し込みます。

	氏名	印
患者様のお名前・性別	殿 (男・女)	
生年月日 (年齢)	(大正・昭和・平成) 年 月 日生 ( 歳)	
ご住所	〒	
ご相談者の連絡先	TEL ( ) FAX ( ) Eメール	
ご相談者の続柄	ご本人、ご家族 (続柄 )	
疾患名	1 2 3	
ご相談の具体的な内容 (ご自由にお書きください。用紙が不足している場合には別紙でも結構です。)		
相談希望ドクター	特になし、 ( ) 医師	
相談希望日時 (ドクター指定が無い場合)	第一希望 月 日( ) 午前・午後 時 分 第二希望 月 日( ) 午前・午後 時 分	
ご持参する資料	( ) 医師の紹介状、( )レントゲンフィルム、CT・MRIフィルム ( )同意書(本人が来られない場合)、その他( )	
主治医の医療機関とお名前	( ) 病院、診療所：入院中・通院中 ( ) 科 ( ) 先生	
主治医のご住所、連絡先 (お分かりになる範囲で結構です)		
以下病院記入・・		
セカンドオピニオン相談受入 診療科及び医師名	受入 ( 可、 否 ) ( ) 医師	
相談予定日時	平成 年 月 日( ) 午前・午後 時 分から	