

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を申し込みます。

平成 年 月 日 相談者氏名 印

患者氏名・性別		男 女
生年月日（年齢）	（ 大正 昭和 平成 ） 年 月 日生	歳
住所・連絡先	TEL	
相談者の連絡先	（昼間連絡可能な番号）	
相談者の続柄	・本人 ・家族 （続柄	
疾患名	・	
	・	
	・	
ご相談内容 ※ご自由にお書き下さい。 記入欄不足の場合は、別紙を添付して下さい。		
添付する資料 ※必須ではございません。	・紹介状（診療情報提供書） ・画像診断フィルム ・検査の記録 ・その他（	
主治医の医療機関	主治医	
相談希望日 ※後日、担当者よりお電話にて調整させていただきます。	① 平成 年 月 日 () AM・PM ② 平成 年 月 日 () AM・PM ③ 平成 年 月 日 () AM・PM	

FAX : 0 1 7 5 - 6 4 - 2 1 7 2 または受付窓口までご持参下さい。