

[様式 1]

セカンドオピニオン外来申込書

セカンドオピニオン外来の趣旨を十分理解し、下記事項に同意のうえ、セカンドオピニオン外来を申し込みます。

「セカンドオピニオン外来のご案内」の記載事項
訴訟の目的に使用しないこと
自由診療料金として定められた金額を支払うこと

平成 年 月 日

氏 名

印

患者氏名	フリガナ	男・女	患者 生年月日	明治・大正・昭和・平成			
				年 月 日			
患者住所	〒		患者 電話番号				
ご相談者の 連絡先 (ご本人の場 合は続柄に 印だけで 結構です)	氏 名	_____					
	住 所	_____					
	電話番号	_____					
	続 柄	ご本人・ご家族(続柄 _____)					
現在の状況	医療機関名称	主治医(_____)科 (_____)医師					
	病名・症状						
相談内容 (欄が不足の 場合は別紙で も結構です)							
提出できる 検査資料等	紹介状(診療情報提供書等) 検査データ レントゲンフィルム(CT等含む) その他(_____)						
その他							
申込書受付日		受付者		電話連絡日		受付者	

印の欄は病院記入欄ですので、記入しないでください。