

【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

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（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 _____（本人・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など | <input type="checkbox"/> 紹介状（診療情報提供書） <input type="checkbox"/> 検査データ <input type="checkbox"/> レントゲンフィルム（MRI CT 等） <input type="checkbox"/> 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。