

セカンドオピニオン外来申込書

以下の事項について同意致しましたので、貴センターでのセカンドオピニオンの申込みをします。

1. 「セカンドオピニオン外来のご案内」記載事項
2. 訴訟等の目的に使用しない。
3. 自由診療料金として定められた金額を支払う。

令和	年	月	日	患者本人署名	印
				本人以外の相談者氏名	印(続柄)

患者さんの氏名(フリガナ)・性別	男・女		
患者さんの生年月日	T・S・H・R	年	月 日(歳)
患者さんの現住所及び連絡先	〒		
	電話番号		
	携帯電話		
	FAX		
ご相談者の住所及び連絡先	〒		
	電話番号		
	携帯電話		
	FAX		
疾患名	1		
	2		
	3		
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。)			
希望診療科名			
受診している医療機関	病院名		
	診療科	主治医名	
	住所		
	電話番号		