

## セカンドオピニオン 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。

平成 年 月 日 氏名 \_\_\_\_\_

患者様	御氏名	ふりがな  様 ( 男 ・ 女 )
	生年月日	( 明治 ・大正 ・昭和 ・平成 ) 年 月 日生 ( 歳)
	御住所	〒
御相談者	御氏名	
	御連絡先	TEL: FAX: Email: @
	御相談者の続柄	御本人 ・ 御家族 (続柄 )
御相談の希望日	年 月 日 ( ) 頃	
疾患名	# 1 # 2 # 3	
御相談の具体的な内容 (相談目的、現在の病名・症状についての説明、現在までの経過をご記入下さい。)		
主治医の医療機関と、お名前・ 所在地・電話番号 (お分かりになる範囲で結構です)	( ) 病院 ・ 診療所 ( ) 科 ( ) 先生 所在地 TEL: — —	
<b>【確定内容(病院記載欄)】</b>		
相談日時	年 月 日 ( ) 時 分	
担当医	科 先生	
相談場所	診療科診察室 ・ その他 ( )	

- \*ご相談日には、紹介状及びできる限りの検査資料をお借りしてお持ち下さい。
- \*全額自費で健康保険適用はありません。
- \*ご相談日はご希望に添うように調整いたしますが、他の患者様の治療の都合もありますので、ご希望に添えないことがあります。 ご了承下さい。

(倫委規 第7号)