## 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

			<u>.</u>	<u>氏 名</u>					<u> </u>
患者氏名	フリガナ			男•女	患 者 生年月日	(西暦)	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 合 合 (ごは続けて 合 (ごは続けて 結構です)	氏 名 - 住 所 - 電話番号 - 続 柄 <u>、</u>	ご本人・ご	ご家族(続柄		)				
現在の状況	医療機関名称 病名・症状			主治医	(			)	
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									)
その他									
# 申込書受付日		<b>※</b> 受付者		※ 電話連約	各日		<b>※</b> 受付者		

<sup>※</sup> 印の欄は病院記入欄ですので、記入しないでください。