

[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 <u>ご本人・ご家族(続柄)</u>		
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	<input type="checkbox"/> 紹介状 (診療情報提供書等) <input type="checkbox"/> 検査データ <input type="checkbox"/> レントゲンフィルム (CT 等含む) <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。