

## セカンドオピニオン外来申込書

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を申し込みます。

平成 年 月 日 氏名 \_\_\_\_\_ (印) 患者さまとの続柄 \_\_\_\_\_  
(患者さま又は患者さまの同意を得ているご家族)

患者さまの氏名 (フリガナ)・性別	男 ・ 女
患者さまの生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日 ( 歳)
ご相談者の 住所及び連絡先	〒
	電話番号：
	携帯電話：
	Eメール：
疾 患 名	
ご相談内容 (ご自由にお書きください。記入欄不足の場合は、別紙を添付してください。)	
希望診療科名	
希望医師名	
患者さまの現在の状況	入院中 ・ 通院中 入院先または通院先医療機関名及び主治医のお名前 医療機関名：( ) ( )科 ( ) 医師 住 所： TEL：
添付する資料	以下のうち○印を付けた資料を添付いたします。 ・ 紹介状 (診療情報提供書) ・ 画像診断フィルム及びその所見 ・ 検査の記録 ・ その他 ( )