

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（32,400円）を支払うことに同意し、以下の内容で貴院のセカンドオピニオン外来受診を申込みます。

※相談者は、太枠内を自署・押印してください。

|   |  |                                     |
|---|--|-------------------------------------|
| ふりがな  |  |                                     |
| 平成 年 月 日  | 相談者氏名 <span style="float: right;">印</span> |                                     |
| <b>患<br/>者</b>  | 氏名, 性別                                     | (ふりがな)<br>殿 (男, 女)                  |
|   | 生年月日(年齢)                                   | (大正, 昭和, 平成) 年 月 日生 (歳)             |
|   | 住 所  | 〒 -                                 |
|   | 連絡先  | TEL( - - ) 携帯( - - ) FAX( - - )     |
| <b>相<br/>談<br/>者</b>  | 住 所  | 〒 -                                 |
|   | 連絡先  | TEL( - - ) 携帯( - - ) FAX( - - )     |
|   | 続 柄  | 本人 ・ 家族 (続柄: )                      |
| <b>疾 患 名</b>  |  | #1.<br>#2.<br>#3.                   |
| <b>相談内容</b>   |  |                                     |
| <p>* 相談したい内容を具体的に記入してください。</p> <p>* 記入しきれない場合は、別様で記入願います。</p> |  |                                     |
| <b>紹<br/>介<br/>元<br/>医<br/>療<br/>機<br/>関</b>                  | 医療機関名                                      | ( ) 病院、診療所                          |
|   | 主 治 医                                      | ( ) 科 ( ) 先生                        |
|   | 住所・連絡先<br>(分かる範囲で結構です)                     | 〒 -<br>住 所<br>TEL( - - ) FAX( - - ) |

