

セカンドオピニオン診療申込書

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。

西暦 年 月 日 申込者氏名 _____ (印)

患者様の	(フリガナ) 氏名・性別	() 様	性別 (男 ・ 女)
	生年月日	西暦 年 月 日 (才)	
	ご住所	〒	
	電話番号	()	—
	携帯電話	()	—
相談者の	(フリガナ) 氏名・性別	() 様	患者様との続柄
	ご住所	〒	
	電話番号	()	—
	携帯電話	()	—
<small>※相談者が本人様の場合は記載不要</small>			
患者様の現在の状況 (いずれかを○で囲んでください) 入院中 ・ 通院中 ・ その他 ()			
疾患名			
ご相談の具体的な内容 (ご自由にお書きください。用紙が不足する場合は別紙でも結構です。)			
主治医のお名前と医療機関	先生		科
	病院		
医療機関の所在地	県	市	町