

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に理解し、特に訴訟等の目的に使用しないこと、およびセカンドオピニオン料として定められた費用（保険適応外）を支払うことに同意のうえ、下記のとおりセカンドオピニオン外来を申し込みます。

申込書記入日 令和 年 月 日

※太線内をご記入のうえ、当日持参ください。

患者氏名	フリガナ 氏 名	明治・大正 男・女 昭和・平成	年	月	日生
					(歳)
	住 所	(〒 -)			
	T E L	- -	F A X	- -	
相 談 者	※患者様本人が相談される場合は、記入していただく必要はございません				
	フリガナ 氏 名	患者との続柄 男・女 ()			
	連絡先 住 所	(〒 -)			
	T E L	- -	F A X	- -	
現在の状況	病 名				
	医療機関 診 療 科	病院・診療所・クリニック			科
		先生 通院中・入院中・その他 ()			
相談したい 内 容					
提出できる 検査資料等	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書（紹介状） <input type="checkbox"/> 画像データ <input type="checkbox"/> 検査データ <input type="checkbox"/> その他 ()				