

まつもと医療センター セカンドオピニオン外来 申込み書

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を同意の上、以下の内容で、貴院のセカンドオピニオン外来相談を申し込みます。

令和 年 月 日

ご相談者氏名 _____ 印

ふりがな	
患者さん氏名 性別	殿 男・女
患者さん生年月日（年齢）	(大正 昭和 平成 令和) 年 月 日生 (歳)
ご相談者の住所	〒
患者さんの住所・連絡先 (ご相談者と違う場合のみ記入)	〒 TEL ()
ご相談者の連絡先	TEL () (昼間連絡可能な番号 携帯電話) FAX ()
ご相談者との続柄	ご本人 ご家族 () その他()
疾患名（疑いを含め）	1. 2.
ご相談の具体的な内容 (記載しきれない場合には別紙でも結構です)	
現在受診中の医療機関名 診療科 医師名	()病院 医院 クリニック 他 ()科 ()先生
上記医療機関の住所・連絡先 (お分かりになる範囲で結構です)	〒 TEL ()
包括医療支援センター セカンドオピニオン外来担当 : TEL 0263-86-2812 FAX 0263-86-2816	