

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理解し、特に訴訟等の目的に使用しないこと及びセカンドオピニオン科として定められた費用（保険適用外）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 平成 年 月 日

患者氏名等	ふりがな 氏名 男・女 明治・大正 昭和・平成 年 月 日生 (歳)
相談者	※患者様ご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。 ふりがな 氏名 男・女 (患者との続柄)
	連絡先 (〒 -) 住所 県・府 市・郡 町・村・区
	電話番号 ()
現在の 状況	病名
	病院・診療科の名 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"/> 紹介状（診療情報提供書等） <input type="checkbox"/> 検査データ <input type="checkbox"/> レントゲンフィルム（CT等を含む） <input type="checkbox"/> その他 ()

※太線内をご記入のうえ、当日ご持参ください。