

## 藤田医科大学病院 セカンドオピニオン外来申込書

以下の内容に同意の上、セカンドオピニオン外来に申し込みます。

- ①訴訟などの目的には使用しないこと
- ②自由診療料金として定められた金額を支払うこと
- ③説明の際に受領した資料を第三者（主治医を除く）へ提出しないこと
- ④相談中に相談内容を録音しないこと

平成 年 月 日 ご相談者名 \_\_\_\_\_

FAX0562-93-3666

患者さんの氏名、性別	フリガナ  様（男 女）
生年月日（年齢）	（明治 大正 昭和 平成） 年 月 日 （ 歳）
ご住所	〒
ご連絡先	<input type="checkbox"/> TEL ( ) 午前9時～午後5時で連絡の <input type="checkbox"/> 携帯 ( ) 取れるものに☑をいれて <input type="checkbox"/> FAX ( ) ください。
ご相談者の続柄	ご本人 ご家族（続柄） ( )
疾患名 （おわかりになる範囲で）	
医師名（ご相談を希望する医師 があればお書きください。）	診療科 医師名
ご相談の具体的内容 （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）	
現在のかかっている医療 機関と主治医名および連 絡先	_____ 病院、医院  _____ 科 _____ 先生  電話番号 ( )
※当院使用欄 申込者への連絡 済・未	実施日 年 月 日 時担当診療科 医師名