

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

※ 太枠内をご記載ください。 また□チェックボックスに☑をいれてください。

お申込み日付	年 月 日		
ご相談者	ご氏名：		
セカンドオピニオン 種類	<input type="checkbox"/> 対面方式 <input type="checkbox"/> オンライン方式 <input type="checkbox"/> 対面 + オンライン方式		
患者さんの氏名、性別	フリガナ		
	様 (<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女)		
生年月日 (年齢)	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		
	年 月 日 歳		
ご住所	〒	県	市・郡・区・町・村
	※アパート、マンション名・部屋番号もご記入ください。		
ご連絡先 <small>オンラインの場合はメールアドレスが必須となります。</small>	<input type="checkbox"/> TEL ()	電話については午前9時～	
	<input type="checkbox"/> 携帯 ()	午後5時で連絡の取れるものに	
	<input type="checkbox"/> Mail	☑をいれてください。	
ご相談者の続柄	<input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> ご家族 (続柄) () <small>※ ご家族のみのご相談の場合は、「ご家族の方がご相談される際の同意書(様式2)」が必要となります。</small>		
疾患名 <small>(おわかりになる範囲で結構です。)</small>			
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 <small>(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)</small>			
現在おかりの医療機関と 主治医名とその連絡先			<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 医院・クリニック
	診療科名		主治医名 先生
	電話番号	()	

<お申込み・お問い合わせ先>

〒470-1192

愛知県豊明市沓掛町田楽ヶ窪1番地98

藤田医科大学病院

医療連携福祉相談部 地域連携室

Tel : 070-1671-9052

Fax : 0562-93-3666

Mail : hp1online@fujita-hu.ac.jp

※当院使用欄

申込者への連絡 済・未

実施日

担当診療科

年 月 日 時

医師名