

藤田保健衛生大学病院 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

患者様の氏名、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時で連絡の取 <input type="checkbox"/> 携帯 () れるものに☑を入れてください <input type="checkbox"/> FAX ()
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	<p style="text-align: right;">_____ 病院. 医院</p> <p style="text-align: center;">_____ 科 _____ 先生</p> <p>電話番号 ()</p>
※当院使用欄 申込者への連絡 済・未	<p>実施日 年 月 日 時</p> <p>担当診療科 医師名</p>