

セカンドオピニオンの主旨を十分に理解し、訴訟等の目的に使用しないことおよび自由診療として定められた費用を支払うことに同意の上、下記の内容でセカンドオピニオンを申し込みます。

		記入日		年	月	日
患者様	(ふりがな)	()		男・女	年齢	
	氏名・性別				歳	
	生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日生				
	連絡先	(〒 -)				
	電話	- -				
ご相談者	※患者様ご自身が相談者の場合は記入の必要はありません					
	(ふりがな)	()		患者様との続柄		
	氏名					
	連絡先	(〒 -)				
	電話	- -				
患者様の状況	病名					
	医療機関名					
	診療科名			【通院中・入院中】		
	主治医名					
ご相談内容						

この申込書に記載された内容について、当院におけるセカンドオピニオン外来に関すること以外には使用いたしません。