

県立広島病院セカンドオピニオン申込書

自由診療料金として定められた金額を支払うこと及び私の主治医あての報告書が作成されることに同意の上、セカンドオピニオンを申し込みます。

なお、以下の行為は貴院担当医師の許可無く行いません。

- (1)説明の際に受領した資料を第三者（紹介元医療機関を除く）へ提出すること。
- (2)相談中に相談内容を録音すること。

申し込み日 平成 年 月 日 患者氏名 _____ 印

フリガナ		男・女	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日
相談者氏名				
患者との続柄			来院予定者	人
相談者連絡先	〒 -			
	電話		FAX	
フリガナ		男・女	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日
患者氏名				
県立広島病院の受診歴の有無		有（診察券番号 _____）・無・不明		
患者連絡先	〒 -			
	電話		FAX	
医療機関	医療機関名		主治医	先生
	診療科名			
現在の状態	入院中 通院中 その他（ _____ ）			
疾患名				
相談の内容	（差し支えなければご記入ください。また、欄が足りない場合は別紙にご記入ください）			

ご記入いただいた個人情報は、セカンドオピニオンの提供に利用するものであり、この目的以外には用いません。

【県立広島病院記入欄】

受付年月日	平成 年 月 日（ ）	受付番号	
担当診療科		担当医師	
相談日時	平成 年 月 日（ ） 時 分 ~ 時 分 30・60分	備考	
相談場所			