

セカンドオピニオン外来申込書

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。

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

平成 年 月 日

ふりがな			性別	男 ・ 女
患者氏名				
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日 (歳)
患者連絡先	〒 TEL () FAX ()			
当院受診歴	無 ・ 有 (ID)			
ふりがな			続柄	来院予定人数
相談者氏名				人
相談者連絡先	〒 TEL FAX			
疾患名		現在の状態	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> その他 ()	
相談の内容	自由にご記入ください。用紙が不足している場合には別紙でも結構です。			
医療機関名 診療科			主治医	先生

※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、この目的以外には使いません。

県立広島病院記入欄

受付年月日		受付番号	
担当診療科		担当医	
相談日時	平成 年 月 日 () 時間 : ~	<input type="checkbox"/> 30分 <input type="checkbox"/> 60分	相談場所

コピーしてご利用ください