

日向台病院 セカンドオピニオン外来 申込書

訴訟等の目的に使用しないこと及び自由診療料金として定められた金額を支払うことに同意の上、以下の内容で、貴院のセカンドオピニオン外来を申し込みます。

令和 年 月 日 氏名

患者さまの情報	ふりがな			
	氏名	(男 ・ 女)		
	当院受診歴の有無	なし ・ あり (診察券番号:)		
	生年月日	(大 ・ 昭 ・ 平) 年 月 日 (歳)		
	住所	〒		
	第1連絡先(自宅 ・ 携帯)	TEL	—	—
第2連絡先(自宅 ・ 携帯)	TEL	—	—	
相談者(続柄)	本人 ・ 家族 (続柄)			
相談者氏名等 <small>※相談者が本人以外の場合、ご記入下さい</small>	ふりがな			
	氏名			
	住所	〒		
	第1連絡先(自宅 ・ 携帯)	TEL	—	—
第2連絡先(自宅 ・ 携帯)	TEL	—	—	

※こちらにご記入いただいた内容をもとに医師と調整いたしますので、できるだけ詳しくご記入下さい。

疾患名	# 1.			
	# 2.			
	# 3.			
ご相談の 具体的な内容 <small>(ご自由にお書き下さい。ただし、主治医等に対する不満、転院希望や裁判関係などに関わる事項はご遠慮下さい。用紙が不足している場合は、別紙でも結構です。)</small>				
現在の状況	入院中 ・ 通院中			
現在の通院先 又は入院先	医療機関名			
	診療科	科	主治医	先生
	連絡先			
相談日同席者	1. 患者本人のみ 2. 患者本人、家族() 3. 患者家族のみ() 【患者本人同意書必須】			
相談日について	※申込日より二週間以後の日にちをご記載ください。ご希望に添えない場合は、ご相談の上調整いたします。 第一希望日 第二希望日 第三希望日			