

医療法人菊郷会 愛育病院 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。

西暦 年 月 日

患者さまとの続柄

氏名（相談者）

印

患者さまの情報	フリガナ		性別
	氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	生年月日	西暦 年 月 日（ 歳）	
連絡先 （相談者）	住所	〒	
	電話番号		
	携帯電話		
診断名			
ご相談内容	※詳しくご記入ください		
患者さまが 現在かかっている 医療機関	医療機関名		<input type="checkbox"/> 入院中
	診療科		<input type="checkbox"/> 通院中
	担当医師		
	住所		
	電話番号		
セカンドオピニオン依頼 希望診療科	希望診療科		
	希望医師	※希望医師が有りましたらご記入ください	
添付資料	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書（紹介状） <input type="checkbox"/> 画像データ <input type="checkbox"/> 各種検査結果資料 <input type="checkbox"/> その他（ ）		