

関門医療センター 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金として定められた金額を支払うことを同意の上、以下の内容で、貴院のセカンドオピニオン外来受診を申し込みます。
また、主治医あての意見書が作成されることに同意します。

フリガナ

平成	年	月	日	申込者氏名	印
患者様	(フリガナ) 氏名・性別	() 様 (男 ・ 女)			
	生年月日	大正・昭和・平成	年	月	日
	ご住所	〒			
	電話番号				
	携帯番号				
ご相談者 ※ご本人の場合は 記載の必要はあり ません	(フリガナ)	() 様	患者様との続柄		
	ご住所	〒			
	電話番号				
	携帯番号				
疾 患 名	※	※	※	※	
ご相談の具体的内容 相談目的、症状、現状までの経過を お分かりになる範囲でご記入ください。 また、その他希望の医師などありましたら お書きください ※ご自由にお書きください。 用紙が不足している場合は別紙でも結構 です。					
相談御希望日	平成	年	月	日	～ 年 月 日頃
医療機関と主治医のお名前	病院				科
					先生
医療機関の所在地	県	市・郡		町	

※この申込書に記入された個人情報については、関門医療センターセカンドオピニオン外来に
関すること以外に使用いたしません。

ID _____

