国保依田窪病院　セカンドオピニオン申込書

現在の治療について参考にすることを目的とし、訴訟等には使用しないこと及び自由診療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受診を申し込みます。

平成　　年　　月　　日

ご相談者氏名　　印

患者さんの氏名・性別	様（ 男 ・ 女 ）
患者さん生年月日(年齢)	(大正・昭和・平成)　　年　　月　　日 生(　　歳)
患者さんご住所	〒
ご相談に来院される方	ご本人 ・ ご家族 （続柄　　）
ご相談者ご住所	〒
ご相談者の連絡先	ＴＥＬ　　(　　) ＦＡＸ　　(　　) Ｅメール
疾患名	#1. #2. #3.
ご相談の具体的な内容 ※ご自由にお書きください。 (用紙が不足している場合には別紙でも結構です。)	
主治医の医療機関とお名前	（ 病院 ・ 診療所（クリニック））
	科　　先生
医療機関ご住所・ご連絡先 (分かる範囲で結構です)	〒