

## 紫香楽病院セカンドオピニオン外来申込書

私は、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うえ、下記の内容で、セカンドオピニオン外来での相談を申し込みます。

平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日  
氏名\_\_\_\_\_印

### 記

患者さまのお名前・性別 \_\_\_\_\_ (男・女) いずれかに○

生年月日(年齢) (大正・昭和・平成) いずれかに○ \_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日生( \_\_\_\_ 歳)

ご住所 (〒 - ) \_\_\_\_\_

ご相談者の連絡先 電話番号 (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
F A X (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
E メール \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

ご相談者の続柄 ご本人・ご家族いずれかに○ (ご家族の場合は続柄 \_\_\_\_\_)  
疾患名( \_\_\_\_\_ )

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。)

-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----

現在かかっておられる医療機関と主治医のお名前

医療機関名	(病院・診療所)
主治医	科 先生
住所	
電話 ( )	