

済生会長崎病院セカンドオピニオン申込書

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、以下の内容により貴院セカンドオピニオン外来での相談を申し込みます。

令和 年 月 日

患者さん	フリガナ		男・女	明・大・昭・平・令
	患者さん氏名	Ⓜ		年 月 日 (歳)
	住 所	〒 -		TEL () - FAX () -
	当院受診歴	ある(科 年 月頃 ID番号) ・ なし		
ご相談者様	フリガナ			
	ご相談者氏名	患者さまとの続柄 ご本人 ・ ご家族(続柄)		
	連絡先 (携帯を含め、必ず連絡の取れる番号)	TEL① () - TEL② () -	携帯TEL () - FAX () -	
現在の状況	病名			
	医療機関・診療科名			
	通院中 ・ 入院中 ・ その他()			
ご相談の具体的内容				
	* ご相談されたいことがらをお書き下さい。欄が足りない場合は別紙をつけてください。			
提出できる検査資料等	<input type="checkbox"/> 紹介状 <input type="checkbox"/> 検査データ () <input type="checkbox"/> レントゲンフィルム <input type="checkbox"/> その他 ()			
主治医の連絡先	医療機関名 _____ 診療科名 _____ 主治医氏名 _____ 所在地 _____ 連絡先 TEL () - _____			