セカンドオピニオン外来申込書

セカンドオピニオン外来の趣旨を十分理解し、特に訴訟等の目的に使用しないこと及びセカンドオピニオン料として定められた費用（保険適用外）を支払うことに同意のうえ、下記のとおりセカンドオピニオン外来を申し込みます。

申込書記入日　　年　　月　　日

相談希望科	科　　先生
患者さま	フリガナ　　大正・昭和 氏　名　　男・女　平成・令和　年　月　日生
	住　所（〒　　－　　） 県・府　　市・郡 町・村・区
	電話番号（　　－　　－　　）ＦＡＸ（　　－　　－　　）
相談者	※患者様ご本人が相談される場合は、記入していただく必要はございません。
	フリガナ　　患者との続柄（　　） 氏　名　　電話番号（　　－　　－　　）
	フリガナ　　患者との続柄（　　） 氏　名　　電話番号（　　－　　－　　）
	フリガナ　　患者との続柄（　　） 氏　名　　電話番号（　　－　　－　　）
現在の状況	病　名
	病院名（　　） 診療科（　　）科　　主治医（　　）先生 通院中・入院中・その他（　　）
相談したい内容	
提出できる検査資料等	□紹介状（診療情報提供書等） □検査データ □レントゲンフィルム（ＣＴ等を含む） □その他（　　）

伊勢赤十字病院