

## 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及び私の主治医あての報告書が作成されることに同意の上、セカンドオピニオンを申し込みます。

申込日 平成 年 月 日

ふりがな		男・女	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 ( 歳)
患者連絡先	〒 — —			
	電話 — —		FAX — —	
ふりがな		男・女	*患者との続柄	
*相談者氏名				
*相談者連絡先	〒 — —			
	電話 — —		FAX — —	
現在かかっている医療機関	医療機関名		主治医	先生
	診療科名			
現在の状態	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
病名				
相談の内容				

\* 患者さまご本人が受診される場合は「相談者氏名、患者との続柄、相談者連絡先」の記入は不要です。

記入いただいた個人情報は、セカンドオピニオンの提供に利用するものであり、この目的以外には用いません。

### 【当院記入欄】

相談日時	平成 年 月 日 ( 曜日)			午前・午後	時 分
担当診療科	科	担当医師			
当日持参物	本申込書 ・ 紹介状 ・ 検査結果 ・ 画像診断結果 (X線画像・CT・MRI など) その他 ( )				

FAX 返信日： 年 月 日

医療法人協愛会 阿知須共立病院

地域連携室 TEL : 0836-65-2190 FAX : 0836-65-4436