

セカンドオピニオン申込書

訴訟などの目的に使用しないこと及び貴院の規定料金を支払うことに同意の上、
以下の内容でセカンドオピニオンを受けることを申し込みます。

平成 年 月 日

申込者氏名

印

(フリガナ) 対象者氏名 (患者様氏名)	男・女	生年月日	(大正・昭和・平成) 年 月 日 (才)
住 所	〒 電話 FAX		
(フリガナ) 相談者氏名 (患者様氏名)	男・女	生年月日	(大正・昭和・平成) 年 月 日 (才)
住 所	〒 電話: FAX:		
疾患名			
ご相談の具体的内容 (ご自由に記入してください。ただし、主治医等に対する不満、転医希望や裁判関係、診療録開示に関わる事項などはご遠慮ください。別紙でも結構です)			
主治医の医療機関とお名前 ()病院 ()先生			
主治医の連絡先 (お分かりになる範囲で結構です) 住 所 〒 電話 FAX			