

## 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。

年 月 日 相談者氏名 \_\_\_\_\_  
相談者との続柄 本人 ・ご家族( \_\_\_\_\_ )

(ふりがな) 患者氏名			(男 ・ 女)
生年月日	年	月	日 ( 歳)
連絡先	〒 住所	TEL: FAX:	
(ふりがな) *相談者氏名	患者様との続柄:		
*連絡先	〒 住所	TEL: FAX:	
現在の状況	疾患名 病院・診療科 入院中 ・ 通院中 ・ その他( _____ )		
ご相談の具体的内容 (用紙が不足している場合は別紙でも構いません)			
提出できる検査資料等	<input type="checkbox"/> 紹介状 <input type="checkbox"/> CD-R( _____ )	<input type="checkbox"/> 検査データ <input type="checkbox"/> その他( _____ )	
主治医の連絡先 (お分かりになる範囲で構いません)			
医療機関名:		主治医:	
所在地:			
電話番号			

- 患者様ご本人による申し込みの場合は\*相談者氏名、連絡先の記入は不要です。
- ご本人が受診されない場合は、別紙同意書が必要になります。