

セカンドオピニオン外来申込書

以下の内容に同意の上、大垣徳洲会病院セカンドオピニオン外来に申込みします。

- ①訴訟などの目的には使用しないこと
②自由診療料金として定められた金額を支払うこと

記入日 年 月 日

患者様情報	(フリガナ) _____ 様 (男・女) 生年月日 年 月 日 (歳) 住 所 〒 _____ 電話番号 _____
ご相談者 (複数名の場合は代表の方 をご記入ください)	どちらかを○で囲んでください <u>患者様本人</u> ・ <u>ご家族</u> ご家族の場合は、氏名および続柄をご記入ください _____ 様 (続柄) ご相談者の連絡先 電話番号 _____ FAX _____ 携帯電話 _____
現在かかっている 医療機関名と主治医名	医療機関名 主治医 _____ 科 _____ 先生 電話番号 _____ FAX番号 _____
希望診療科	_____ 科 _____ 先生
傷病名	
希望日	第1希望 月 日 第2希望 月 日
※ 当院使用欄	実施日 年 月 日 時