様式１

日本海総合病院 セカンドオピニオン外来 申込書

訴訟等の目的に使用しないこと及び自由料金として定められた金額を支払うことに同意の上、以下の内容で、貴院のセカンドオピニオン外来受診を申し込みます。

年　　月　　日

申込者氏名		患者様との続柄	
ご相談者の連絡先	〒 TEL（自宅）　　（　　） TEL（携帯）　　（　　）		

相談希望科	科	当院受診歴	□ ない □ ある　　年　　月頃
患者様の氏名、性別	ふりがな 様	（男・女）	
生年月日（年齢）	（大正・昭和・平成）　　年　　月　　日生（　　歳）		
ご住所	〒		
疾患名	1		
	2		
	3		
ご相談の具体的な内容 （ご自由にお書きください。）			
主治医の医療機関とお名前	（　　）病院、診療所 （　　）科、（　　）先生		
主治医のご住所、連絡先 （お分かりになる範囲で結構です）	ご住所 TEL　　（　　）		