

土岐市立総合病院 セカンドオピニオン 申込書

| | |
|-------------|--|
| 相談に来院される方 | ご本人 ・ ご家族 (続柄) |
| 患者さまの氏名・性別 | (ふりがな) (男 ・ 女) |
| 生年月日(年齢) | (大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和) 年 月 日 (歳) |
| 住所 | 〒 |
| 疾患名 | 1. 2. 3. |
| 相談内容 | |
| 現在、受診中の医療機関 | 医療機関名 () 診療科 () 担当医 () 住所 電話 () — FAX () — |
| 相談者の連絡先 | 電話 ① () — 電話 ② () — FAX () — |

セカンドオピニオンは、専門医師による意見、判断を提供することにより、現在の治療に際しての参考にしていただくことを目的としています。

尚、ご家族のみがご相談される場合は、患者さまご本人の同意書が必要となります。(様式2)

私はセカンドオピニオンの目的を理解し、自由診療として定められた料金であることに同意の上、上記内容で貴院のセカンドオピニオン外来受診を申込みます。

令和 年 月 日 氏名 _____ 印