

セカンドオピニオン外来 申込書

※太枠の中をご記入ください

		申込日	年	月	日
フリガナ		性別	生年月日		
患者 氏名		男・女	年	月	日 (歳)
患者 住所 電話番号	〒 日中つながる電話番号				
※ご家族が相談される場合は、患者さん本人の同意書も必要となります。本人が相談される場合は記入不要です。					
		続柄	日中つながる電話番号		
フリガナ					
相談者 氏名					
相談者 住所	〒				
通院先(入院先)					
医療機関名					
所在地					
電話番号					
希望診療科			疾患名		
ご相談内容（転医希望・主治医に対する不満・裁判・医療過誤についての相談はご遠慮ください）					

病院使用欄 (記入しないでください)

患者 ID		診療科	
日 時	年 月 日 午前・午後 時	医師名	
備 考			