

セカンドオピニオン外来 申込書

訴訟等の目的にしようしないこと及び自由診療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、福島病院のセカンドオピニオン外来受診を申し込みます。

平成 年 月 日

申込者氏名 _____ 印

患者様の氏名、性別	_____ 様 (男 ・ 女)
生年月日(年齢)	(大正、昭和、平成) 月 日生 (歳)
ご住所	〒 _____
ご相談者の連絡先	TEL () 携帯 () FAX ()
ご相談者の続柄	ご本人、ご家族 (続柄 _____)
傷病名	1 _____ 2 _____ 3 _____
ご相談の具体的な内容 (ご自由にお書きください。用紙が不足している場合には別紙でも結構です)	
相談希望日時	第一希望 月 日 () 午前・午後 時 分 第二希望 月 日 () 午前・午後 時 分
ご持参した資料	() 医師の紹介状、() レントゲンフィルム、CT・MRIフィルム () 同意書(本人が来られない場合) その他 ()
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)	

以下病院記入

セカンドオピニオン相談 受入診療科及び医師名	() 科 () 医師
相談予定日時	平成 年 月 日 () 午前 ・ 午後 時 分から