諫早総合病院セカンドオピニオン外来 受 診 申 込 書

診療結果を訴訟等の目的に使用しないこと、及び相談料として貴院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、以下の内容により貴院セカンドオピニオン外来での診療を申し込みます。並びに、私の主治医あての報告書が作成されることに同意します。

令和 年 月 日

患者本人	(ふりがな) 氏 名						(印)	(男・女)
	生年月日 (年齢)	明治 大正	昭和 平成	年	月	日生	(歳)
	ご住所	₹						
代理人	(ふりがな) 氏 名							
	患者さまとの続柄	3	ご本人・	ご家族	(続柄)
	ご住所	₹						
	連絡先	電話	()	携帯		()
	(電話は携帯電話を含め 必ず連絡のとれる番号	電話	()	ファッ	クス	()
	(複数) をご記入くださ い。)	メール	アドレス					
	疾 患 名							
ご相談の具体的な内容		(これまでの病状・経過、入院、手術についてもお書きください。)						
(ご相談されたいことがらをお書き ください。 <u>欄が足りないときは</u> 、 <u>別紙</u> をつけてください。)								
主	治医の医療機関名等 所属・氏名	()科(E, 診療	所	(通院・入院))先生
主治医の連絡先			名・住所 (·ル)	FAX.	()	

※ この申込書に記入された個人情報については、本院のセカンドオピニオン外来に関すること以外には使用しません。