

セカンドオピニオン外来申込書

草加市立病院長 宛て

訴訟等の目的で使用しないこと、セカンドオピニオン相談料として11,000円(1時間以内)を支払うことに同意の上、以下のとおり貴院セカンドオピニオン外来を申し込みます。

*太枠の中をご記入ください。

			年	月	日
フリガナ		性別	生年月日		
患者氏名		男・女	大・昭・平・令 年 月 日生(歳)		
患者住所	〒 日中に連絡がつく電話番号				
*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です。本人が相談される場合は記入不要です。					
フリガナ		続柄	日中に連絡がつく電話番号		
相談者氏名					
相談者住所	〒				
他に同席する 相談者氏名		続柄			
		続柄			
現在の受診状況	医療機関名				
	医療機関住所				
	疾患名				
	主治医	科	先生		
面談希望日	第1希望日	年 月 日()	午前・午後	時	分
	第2希望日	年 月 日()	午前・午後	時	分
	第3希望日	年 月 日()	午前・午後	時	分
予定資料	☐ 紹介状(診療情報提供書)	☐ CD-R (画像データ)	☐ レントゲンフィルム		
	☐ 検査データ	☐ その他 ()			
ご相談の内容(要点を簡潔に記入してください)					

◆相談者は、本人確認のできるもの(運転免許証またはマイナンバーカード)をお持ちください。

草加市立病院 医事課 電話番号:048-946-2200(代表)