島田市立総合医療センター　　セカンド・オピニオン申込書

訴訟等の目的に使用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、貴院のセカンド・オピニオンを申し込みます。

令和　　年　　月　　日　　ご相談者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

患者様の氏名、性別	＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様　　（男、女）
生年月日（年齢）	（大正、昭和、平成、令和）　　年　　月　　日生 （　　歳）
ご住所	〒
ご相談者の連絡先	TEL　　（　　） FAX　　（　　）
ご相談者の続柄	ご本人、ご家族（続柄　　）
疾患名	１． ２． ３．
ご相談の具体的内容 （ご自由にお書きください。 用紙が不足している場合は、別紙でも結構です。）	＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
主治医の医療機関とお名前	＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿病院・医院 ＿＿＿＿＿＿＿＿科　　先生
主治医の連絡先 （お分かりになる範囲で結構です。）	TEL＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿