

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)	(明治、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 _____