

セカンド・オピニオン外来申込書

大阪中央病院 御中

訴訟の目的に使用しないこと、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・オピニオン外来受診を申し込みます。

平成 年 月 日

申込者氏名

印

相談者の氏名、性別	フリガナ (男・女)
生年月日(年齢)	M・T・S・H 年 月 日生 (歳)
ご相談者の連絡先	TEL ()
	FAX ()
	Eメール
ご相談者との続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 (続柄)
病名	1) 2) 3)
ご相談の具体的な内容 ※時間内でご満足頂ける回答をご提供するため、お聞きになりたいことを具体的にお書き下さい。用紙が不足している場合には別紙でも結構です。	
主治医の医療機関とお名前 ご住所、連絡先 ※お分かりになる範囲で記入下さい。	() 病院、診療所 () 科 () 先生 住所 TEL — () —

◎確定内容(病院記載欄)

相談日時	平成 年 月 日 (時 分)
担当医	科
相談場所	診療科診察室・その他()