

焼津市立総合病院 セカンド・オピニオン申込書

セカンド・オピニオン以外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したうえで、以下の内容で、貴院のセカンド・オピニオン外来の受診を申し込みします。

焼津市立総合病院長 様

令和 年 月 日 【申込（相談）する人】 ※必ず自筆で記入してください。

住 所 _____

氏 名 _____

患者さんの氏名・性別	(ふりがな) _____ 様 (男・女)
患者さんの生年月日 (年齢)	(明治・大正・昭和・平成・令和) 年 月 日生 (歳)
患者さんの住所	〒 _____
申込（相談）者の連絡先	TEL : _____ FAX : _____
申込（相談）者の続柄	ご本人・ご家族 (続柄 _____)
疾患名	
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には、別紙でも結構です。)	
紹介医療機関	(所在地)
	(医療機関名)
	(電話番号)
主治医のお名前	科 _____ 先生

○ ご記入いただいた個人情報は、セカンド・オピニオンの提供に利用するものであり、この目的以外には使いません。