

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し、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

患者さんのご氏名	(ふりがな) (男・女) 様
性別・年齢・生年月日	(大正・昭和・平成・令和) 年 月 日生 (歳)
患者さんのご住所・連絡先	〒 TEL: — — FAX: — —
相談する方のご氏名・続柄	(ふりがな) 続柄() 様
(ご本人以外の場合、別途同意書が必要です)	
相談する方のご住所・連絡先	〒 TEL: — —
(ご本人の場合は記入不要です)	
他院等で診断されている疾患名	
(相談したい疾患名は全てご記入下さい)	
ご相談具体的な内容	
(記入欄が不足する場合は別紙にご記入頂いても構いません)	
相談希望日時	第1希望日時:令和 年 月 日(時: 分)頃 第2希望日時:令和 年 月 日(時: 分)頃
主治医の医療機関名・お名前・所在地・電話番号	病院・診療所 ()科 ()先生 所在地 TEL: — —
(お分かりになる範囲で結構です)	

(病院記載欄)

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

- * ご相談当日には、紹介状・診断の根拠となった検査資料・レントゲンフィルム等をご持参下さい。
- * ご相談日は、ご希望に添えないことがありますのでご了承下さい。

中津市立中津市民病院

相談支援センター地域医療連携室 〒871-8511 中津市大字下池永173番地 FAX:0979-22-2448