大曲厚生医療センター セカンドオピニオン外来　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外来受診を申込みます。

令和　　年　　月　　日　　氏名　　印

フ　リ　ガ　ナ		性　　別
患　者　氏　名	様	男　・　女
生年月日（年齢）	（Ｔ・Ｓ・H・Ｒ）　年　月　日（　歳）	
住　　所	〒	
相談者の連絡先	電話 FAX	
当 院 受 診 歴	○なし　○不明　○あり（診察券番号　）	
病　　名	＃1 ＃2 ＃3	
相談の具体的な内容		
紹介元 医療機関名と主治医の氏名	紹介元 医療機関名 主治医（　）科（　）先生 ＴＥＬ　ＦＡＸ	