

大崎市民病院セカンドオピニオン外来相談申込書

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うえ、
以下の内容で、貴院のセカンドオピニオン外来相談を申し込みます。

記載日：平成 年 月 日

記載者氏名：_____

患者さんの氏名		生年月日	年齢	性別
(フリガナ)		(大正・昭和・平成)	歳	男・女
		年 月 日生		
患者さんのご住所		患者さんのご連絡先		
〒		電 話		
		(携帯電話)		
		F A X		
相談者	ご本人・ご本人以外(ご関係:)		相談者のご連絡先 ※相談者がご本人以外のときに記入	
相談者の氏名 ※相談者がご本人以外のときに記入		電 話		
(フリガナ)		(携帯電話)		
		F A X		

疾患名	1.		
	2.		
	3.		
ご相談の具体的な内容、ご相談の目的 (ご自由にお書きください。この用紙が不足する場合は別紙にお書きください。)			
相談を希望する 当院の 診療科	<input type="checkbox"/> 消化器内科 <input type="checkbox"/> 循環器内科 <input type="checkbox"/> 呼吸器内科 <input type="checkbox"/> 腫瘍内科 <input type="checkbox"/> 血液内科 <input type="checkbox"/> 腎臓・内分泌内科 <input type="checkbox"/> 糖尿病・代謝内科 <input type="checkbox"/> リウマチ科 <input type="checkbox"/> 神経内科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 心臓血管外科 <input type="checkbox"/> 呼吸器外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 形成外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 産科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 放射線診断科 <input type="checkbox"/> 放射線治療科 <input type="checkbox"/> リハビリ科 <input type="checkbox"/> 歯科口腔外科 <input type="checkbox"/> 病理診断科 <input type="checkbox"/> 麻酔科		
現在受診中の医療機関情報	医療機関名	診療科	科
	主治医のお名前		
市民病院に提示する診療情報	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書 <input type="checkbox"/> 画像・検査データ <input type="checkbox"/> その他(_____)		

〈 病院記入欄 〉

相談予約日時：平成 年 月 日() 午前・午後 時 分

相談場所：_____

担当医師：_____ 科 医師名 _____