

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:令和 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・令和)		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際に記入		
相談者の氏名 ※相談者がご本人以外の際に記入		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	☐ 消化器内科 ☐ 循環器内科 ☐ 呼吸器内科 ☐ 腫瘍内科 ☐ 血液内科 ☐ 腎臓・内分泌内科 ☐ 糖尿病・代謝内科 ☐ リウマチ科 ☐ 神経内科 ☐ 小児科 ☐ 皮膚科 ☐ 外科 ☐ 心臓血管外科 ☐ 呼吸器外科 ☐ 整形外科 ☐ 形成外科 ☐ 脳神経外科 ☐ 泌尿器科 ☐ 産科 ☐ 婦人科 ☐ 眼科 ☐ 耳鼻咽喉科 ☐ 放射線診断科 ☐ 放射線治療科 ☐ リハビリ科 ☐ 歯科口腔外科 ☐ 病理診断科 ☐ 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		☐ 診療情報提供書 ☐ 画像・検査データ ☐ その他()			

〈 病院記入欄 〉

相談予約日時 : 令和 年 月 日 () 午前・午後 時 分
相談場所 :
担当医師 : 科 医師名