

北斗病院 セカンドオピニオン外来申込書

訴訟等も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を申し込みいたします。

(ふりがな)

年 月 日 相談者氏名 印

(自署・押印をお願いします。)

希望の相談方法		<input type="checkbox"/> 対面 <input type="checkbox"/> 書面 <input type="checkbox"/> オンライン <input type="checkbox"/> その他 ( )			
患者	氏名・性別	(ふりがな) 殿 (男・女)			
	生年月日(年齢)	大正 平成	昭和 令和	年 月 日生	( 歳)
	住 所	〒 -			
	連絡先	TEL ( - - )		FAX ( - - )	
		携帯 ( - - )			
相談者	氏名・続柄	<input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 家族 ( 氏名 続柄 )			
	住 所 (家族の場合に記入)	〒 -			
	連絡先 (家族の場合に記入)	TEL ( - - )		FAX ( - - )	
		携帯 ( - - )			
相談同席者	氏名・続柄 (家族に限ります)	( 続柄 )			
		( 続柄 )			
		( 続柄 )			
疾患名		# 1. # 2. # 3.			
相談内容 *相談内容を具体的に記入してください。 *記入しきれない場合は、別様で記入願います。					
紹介元医療機関	医療機関名				
	主治医	( )科 ( )先生			
	住 所	〒 -			
	連絡先	TEL ( - - )		FAX ( - - )	
		携帯 ( - - )			