

十勝リハビリテーションセンター セカンドオピニオン外来申込書

訴訟等を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"/> 対面によるセカンドオピニオン	<input type="checkbox"/> 書面によるセカンドオピニオン
患 者	氏名・性別	(ふりがな) 殿 (男・女)	
	生年月日(年齢)	大正 昭和 平成 令和	年 月 日生 (歳)
	住 所	〒 -	
	連絡先	TEL (- -) 携帯 (- -)	FAX (- -)
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 (- -) 携帯 (- -)	FAX (- -)
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 (- -)