セカンドオピニオン外来　申込書

私の病状についての診断の内容や、現状及び今後の治療方法等に関するセカンドオピニオンの提供を、下記事項に同意の上、庄内余目病院に申し込み致します。

＊「庄内余目病院　セカンドオピニオン外来の案内」の記載事項
＊ 裁判の目的に使用しないこと
＊ 自由診療のため、定められた金額のお支払い

20　　年　　月　　日

患者本人署名・捺印　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

本人以外の場合の相談者署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

相談者	□　本人　　□　家族(その他)
希望診療科　医師	科　　医師
患者氏名・性別	ふりがな 氏名　　(男 ・ 女)
生年月日(年齢)	明治　大正　令和 昭和　平成　　年　　月　　日　　歳
相談者氏名 (本人以外の場合)	ふりがな 氏名　　(続柄;　　)
相談者の連絡先	住所 ; TEL ;　(　　)　　FAX ;　(　　)
主治医の医療機関 診療科・医師氏名	病院・診療所 科　　先生

病院記入欄

相談の可否　　可 ・ 否 (否の場合、理由を相談者へご連絡します)			
相談予定日　第1候補:　　年　　月　　日　　時(担当医師　　)			
第2候補:　　年　　月　　日　　時(担当医師　　)			
申込書受理日		連絡日時(担当者)	決定日時(担当者)
備考			

医療法人徳洲会　庄内余目病院