

近江八幡市立総合医療センター セカンドオピニオン外来 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ます。

平成 年 月 日

申込者 _____ 印

患者様の氏名・性別	_____ 様 (男・女)
生年月日 (年齢)	(明治・大正・昭和・平成) 年 月 日生 (歳)
ご住所	〒 _____
ご相談者の連絡先	T E L () 携帯電話 F A X ()
ご相談者の続柄	ご本人・ご家族(続柄)
ご相談の希望日	年 月 日 ()・年 月 日 () 年 月 日 ()・年 月 日 () (1～3週間後で都合の悪い日等があれば下記にご記入ください。)
疾患・傷病名	
ご相談の具体的な内容 (ご自由にお書きください。用紙が不足する場合は、別紙にご記入いただいた用紙を添付されても結構です。)	
お持ちいただける資料	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書 <input type="checkbox"/> 血液検査の結果 <input type="checkbox"/> 超音波検査の結果と画像 <input type="checkbox"/> レントゲン検査、MRI検査、CT検査等の画像フィルム <input type="checkbox"/> 病理組織検査の結果 <input type="checkbox"/> 病理組織検査の標本(プレパラート) <input type="checkbox"/> その他 ()
主治医の医療機関名と所在地・連絡先及びお名前	() 病院・医院・診療所 () 科 () 先生 所在地(住所) 電話 () F A X ()