

地域医療機能推進機構 北海道病院

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受診を申し込みます。

令和 年 月 日 申込者氏名 _____ 印

患者さまの 氏名・性別	_____ 様 (男・女)
生年月日(年齢)	(大正・昭和・平成・令和) 年 月 日生 (歳)
住所	〒
相談者の氏名・ 続柄	ご本人 ご家族 氏名 (続柄)
相談者の連絡先	TEL () FAX ()
傷病名	
相談の 具体的な内容	
主治医の 医療機関および 連絡先	() 病院・診療所 () 科 () 先生 住所 電話