

高松市立みんなの病院 セカンドオピニオン外来申込書

私は、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料金を支払うことに同意し、次の内容で、貴院のセカンドオピニオン外来の受診を申し込みます。また、「セカンドオピニオン外来のご案内」の内容は十分理解しており、同意します。

平成 年 月 日		ご相談者の氏名		印
患者さん	患者さんの氏名・性別	フリガナ 様 (男・女)		
	生年月日 (年齢)	(大正・昭和・平成) 年 月 日生 (歳)		
	当院を受診したことはありますか?	なし・あり (診察券番号 -)		
	ご住所	(〒 -)		
ご相談者	ご相談者の氏名	フリガナ 様		
	患者さんとの続柄	ご本人・ご家族 (続柄)		
	ご相談者の連絡先	TEL (自宅): () -	携帯電話: () -	FAX: () -
相談したい病名				
希望される診療科、医師名 (ご希望があれば記載してください)		科	医師	
希望日またはご都合の悪い日 (医師の都合により、希望日に添えないこともありますのでご了承下さい)		第1希望: 月 日 () 曜日	第2希望: 月 日 () 曜日	第3希望: 月 日 () 曜日
月～金曜日の平日のみ (土日・祝日・年末年始を除く)		(2週間以内で、ご都合の悪い日を教えてください)		
ご相談の具体的な内容		(相談されたい内容を、ご自由にお書きください)		
現在の主治医の医療機関とお名前、連絡先		医療機関の名称: 病院・診療所・医院	診療科: 科・医師名: 先生	
		TEL: FAX:	連携担当者のお名前: 様	
相談日時の連絡先		ご相談者本人・主治医の医療機関 (様)		