

濟生会山口総合病院セカンドオピニオン申込書

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を申し込みます。

平成 年 月 日 相談者氏名 _____
 相談者との続柄 ご本人 ・ご家族() _____

患者さんの氏名、性別	_____ 様 (男・女)
患者さんの生年月日(年齢)	(大正・昭和・平成) 年 月 日 生 (歳)
患者さんの連絡先	〒 - _____ 住所 _____ TEL () _____ FAX () _____
相談者の連絡先	〒 - _____ 住所 _____ TEL () _____ FAX () _____
現在の状況	病名 _____ 病院・診療科 _____ 通院中 ・ 入院中 ・ その他() _____
ご相談の具体的内容 (ご自由にお書きください。用紙が不足している場合は別紙でもかまいません。)	_____ _____ _____ _____
提出できる検査資料等	<input type="checkbox"/> 紹介状() <input type="checkbox"/> 検査データ <input type="checkbox"/> 画像 CD・フィルム <input type="checkbox"/> その他()
主治医の連絡先 (お分かりになる範囲で結構です)	医療機関名 _____ 主治医名 _____ 所在地 _____ 電話番号 () _____