

越谷市立病院 セカンドオピニオン外来申込書

訴訟等の目的に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
うえ、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。

年 月 日

氏 名

(患者様又は患者様の同意を得ている家族)

患者	ふりがな		男・女	生年月日	大正・昭和・平成			
	氏 名				年 月 日 (歳)			
	住 所	〒			電話番号	自宅		
						携帯		
			FAX番号					
相談者	ふりがな		男・女	生年月日	大正・昭和・平成			
	氏 名				年 月 日 (歳)			
	住 所	〒			電話番号	自宅		
						携帯		
			FAX番号					
病 名								
相談の目的								
今までの経過		紹介状のとおり						
現在の状況		紹介状のとおり						
受診している 医療機関		医療機関名						
		診療科		主治医				
添付資料		・紹介状（診療情報提供書） ・検査記録 ・画像（フィルム・CD-R） ・その他						
相 談 希 望 日		第一希望		年	月	日	時	分
		第二希望		年	月	日	時	分
		第三希望		年	月	日	時	分

※患者様が受診されない場合は、患者様の同意書が必要です。