

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、大津赤十字病院セカンドオピニオン外来の受診を申し込みます。

令和 年 月 日 相談者氏名 _____ 印

フリガナ		男 ・ 女	生年月日
患者氏名			明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)
住所	〒		
連絡先	電話		
フリガナ		男 ・ 女	生年月日
相談者氏名			明・大・昭・平・令 年 月 日 患者との続柄 ()
住所	〒		
日中連絡先	第一連絡先	第二連絡先	
病名			
希望する診療科・医師(ありましたらご記入ください)			
相談の具体的な内容 (現在の状態や、お聞きになりたいことを具体的にご記入ください。別紙で添付していただいても構いません。)			
当日、本人が同席 (する・しない) ※同席されない場合は、代理受診同意書を必ずご用意ください。			
受診している 医療機関	病院名： 主治医： 電話番号： 受診機関の地域医療連携室等を通じて日程調整を希望される場合は、担当者名もご記入ください。		
相談日について (都合の悪い日や曜日がありましたらお知らせください)			

大津赤十字病院

FAX 送信先：077-522-8047 (大津赤十字病院 地域医療連携課)

※FAX 後、捺印された原本は郵送もしくは当日ご持参ください。