

日産厚生会玉川病院

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を申し込みます。

平成 年 月 日 氏名 _____ 印 _____ 続柄 _____
 (患者さま又は患者さまの同意を得ている家族)

(フリガナ) 患者さまの氏名・性別	(フリガナ) 氏 名 (男・女)
患者さまの生年月日(年齢)	(明治・大正・昭和・平成) 年 月 日 (歳)
患者さまの住所・連絡先	〒 _____
(フリガナ) ご相談者の氏名・続柄	(フリガナ) 氏 名 ご本人・家族(続柄)
ご相談者の住所・連絡先	〒 _____ ☎ _____ fax _____ 携帯電話 _____
希望診療科(専門領域)	科 ()
疾患名	1 2 3
ご相談の具体的内容	
患者さんの現在の状況	入院中 / 通院中 医療機関名 _____ 担当医 _____ 科 _____ 医師 _____ 所在地 _____

【病院記載欄】

相談日時	平成 年 月 日 () 時 分
担当医	科 医師
相談場所

ご相談日はご希望に添えないことがありますので、ご了承ください。