

# 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。

令和 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ご家族)

## 【患者さまの情報】

氏名・性別	(フリガナ) 氏名 _____ (男・女)
生年月日(年齢)	(明治・大正・昭和・平成・令和) 年 月 日 (歳)

## 【ご相談者の情報】

氏名・続柄	(フリガナ) 氏名 _____ ご本人・家族(続柄 _____)
住所・連絡先	〒 _____ ☎ _____ 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	
患者さまの現在の状況	入院中 / 通院中 医療機関名 _____ 担当医 _____ 所在地 _____

## 【病院記載欄】

相談日時	令和 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。