

国立病院機構信州上田医療センターセカンドオピニオン外来 申込書

転院を目的とした相談ではないこと、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外来相談を申し込みます。

患者さん氏名、性別	_____ (男・女)
患者さんの生年月日 (年齢)	(大正・昭和・平成) 年 月 日生 (満 歳)
相談に来られる方 (○印を)	患者さん本人 家族
ご相談者の住所	〒
ご相談者の連絡先	電話 () F A X ()
疾患名	1. 2. 3.
ご相談の具体的内容 (ご自由にお書きください。 用紙不足の場合は別紙でも かまいません。)	
主治医の医療機関とお名前	() 病院・診療所・医院 () 科 () 先生
主治医の住所・連絡先 (おわかりになる範囲で結構です)	

平成 年 月 日 ご相談者氏名 _____ 印 _____