公立みつぎ総合病院　セカンドオピニオン申込書

訴訟など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うえ、下記の内容でセカンドオピニオンに申込みます。

なお、以下の行為は貴院担当医師の許可無く行いません。

（１）説明の際に受領した資料を第三者（紹介元医療機関を除く）へ提出すること。

（２）相談中に相談内容を録音すること。

令和　　年　　月　　日　ご相談者名

|  |  |
| --- | --- |
| 患者様の氏名、性別 | ﾌﾘｶﾞﾅ  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様（男　女） |
| 生年月日（年齢） | （大正　昭和　平成　令和）　　　年　　　月　　　日　（　　　　歳） |
| 住所 | 〒 |
| 連絡先 | TEL　　　（　　　）  携帯電話をお持ちの方は必ず記入して下さい。  FAX　　　（　　　） |
| 相談者の続柄 | 本人  家族（続柄） |
| 疾患名（わかる範囲で） |  |
| 相談の具体的内容  （別紙でも可） |  |
| 現在かかっている　医療機関と主治医名 | （　　　　　　　　　　　　　　病院・医院）  （　　　　　　　　　科）　（　　　　　　　　先生） |
| 主治医の連絡先  （わかる範囲で） |  |

連絡先：公立みつぎ総合病院　地域包括ケア連携室

TEL：0848-77-0955（直通）FAX：0848-77-0956（直通）