

## 釧路赤十字病院 セカンドオピニオン外来申込書

年 月 日

私は、セカンドオピニオンの趣旨を十分に理解し、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診療を申し込みます。

申込者氏名 ㊟

相談者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族（本人の同意書必須） （氏名： _____）（続柄： _____）	
患者さん	（フリガナ） 氏 名	_____（男・女）
	生年月日	T・S・H・R 年 月 日（ 歳）
	住 所 連 絡 先	〒 _____ _____ Tel. _____ - _____ - _____
相談者連絡先 （本人以外の申込の場合）	〒 _____ _____ Tel. _____ - _____ - _____ Fax _____ - _____ Eメール： _____	
現在の病名	1 _____ 2 _____ 3 _____	
ご相談の内容 （ご自由にお書きください。書ききれない場合は、別紙にお書きください。）		
患者さんの現在の状況	入院中      通院中	
	入院先または通院先医療機関名および主治医のお名前 所在地： _____ 医療機関名： _____ 病院 _____ 科 _____ 先生	

※相談者が本人以外の場合、患者さん本人の同意書が必要です。

《病院使用欄》

受付番号		受付年月日	年 月 日
担当診療科		相談医師確認	
相談日時	年 月 日（ ） 時 分		