

熊本赤十字病院

## セカンドオピニオン外来 申込書

患 者	氏 名 (ふりがな)		生年月日		年 齢
			明・大 昭・平・令	年 月 日	歳
	住所 (〒 )				
相 談 者	電 話	携 帯 電 話	FAX		
	氏 名 (ふりがな)		続 柄	電 話	
			携 帯 電 話		
			FAX		
住所 (〒 )					
<b>《ご相談の目的》</b>  相談を希望する診療科 _____ 科・医師名 _____					
<b>《現在の状況》</b>  					
<b>《これまでの経過》</b>  					
<b>《現在、入院または通院されている病・医院》</b>  病・医院名 _____ 診療科 _____ 主治医名 _____  住所 _____ TEL _____					
<b>《同意書》</b> セカンドオピニオン以外の目的に使用しないこと及び自由診療として定められた金額を支払うことに同意の上、貴院のセカンドオピニオン外来に申し込みます。 記入日：令和 年 月 日 患者氏名 _____ 印  記入者氏名 _____ 印 (続柄 _____ )					