

## セカンドオピニオン外来 申込書

以下の内容に同意の上、セカンドオピニオン外来に申し込みます。

- ① 訴訟などの目的には使用しません。
- ② 自由診療料金として定められた金額を支払います。
- ③ 説明の際に受領した資料を第三者（主治医を除く）へ提出しません。
- ④ 相談中に相談内容を録音しません。
- ⑤ 受診の際には、現在の主治医からの「診療情報提供書」及び「検査データ」を提出致します。

※ 太枠内をご記載ください。 また□チェックボックスに☑をいれてください。

お申込み日付	年 月 日		
ご相談者	ご氏名：		
ご相談者の続柄	<input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> ご家族（続柄）（      ） <small>※ご家族のみのご相談の場合は、「同意書(様式2)」と身分のわかる書類（健康保険証等）の提出が必要となります。</small>		
患者さまの氏名、性別	フリガナ  様      ( <input type="checkbox"/> 男      ・ <input type="checkbox"/> 女 )		
患者さまの生年月日（年齢）	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年      月      日      歳		
患者さまのご住所	〒      -      県      市・郡・区・町・村		
	<small>※アパート、マンション名・部屋番号もご記入ください。</small>		
患者さまのご連絡先	<input type="checkbox"/> TEL      (      )      電話については午前9時～ <input type="checkbox"/> 携帯      (      )      午後5時で連絡の取れるものに <input type="checkbox"/> Mail      ☑をいれてください。		
疾患名 <small>（おわかりになる範囲で結構です。）</small>			
ご相談の具体的内容  <small>（ご自由にお書きください。 用紙が不足する場合は別紙でも結構です）</small>	<input type="checkbox"/> 手術について <input type="checkbox"/> 化学療法について <input type="checkbox"/> その他		
受診希望日	【第一希望】 月 日 (      )	【第二希望】 月 日 (      )	【第三希望】 月 日 (      )
現在受診中の医療機関と 主治医名とその連絡先	病院・医院・クリニック		
	診療科名	主治医名	先生
	電話番号	(      )	

### <お申込み・お問い合わせ先>

〒494-0001

愛知県一宮市開明字平1番地

一宮西病院 地域連携課

Tel : 0586-48-0022

Fax : 0586-48-0053

※当院使用欄	実施日	年 月 日 時
申込者への連絡 済・未	担当診療科	医師名