

## 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。
- ※自費診療料金には、相談時間・資料作成時間が含まれます。

※ 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	□ ご本人 □ ご家族（続柄）（ ） ※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。		
患者さまの氏名、性別	フリガナ  様（□男・□女）		
患者さまの生年月日（年齢）	□ 明治 □ 大正 □ 昭和 □ 平成 □ 令和 年 月 日 歳		
患者さまのご住所	〒 - 県 市・郡・区・町・村		
	※アパート、マンション名・部屋番号もご記入ください。		
患者さまのご連絡先	□ TEL ( ) 電話については午前9時～		
	□ 携帯 ( ) 午後5時で連絡の取れるものに		
	□ Mail ☑をいれてください。		
ご相談者のご住所 ※続柄が「ご家族様」の 場合は記載してください。	〒 - 県 市・郡・区・町・村		
	※アパート、マンション名・部屋番号もご記入ください。		
ご相談者のご連絡先 ※続柄が「ご家族様」の 場合は記載してください。	□ TEL ( ) 電話については午前9時～		
	□ 携帯 ( ) 午後5時で連絡の取れるものに		
	□ Mail ☑をいれてください。		
疾患名 (おわかりになる範囲で結構です。)			
ご相談の具体的内容  (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)	□ 手術について □ 化学療法について □ その他		
受診希望日	【第一希望】	【第二希望】	【第三希望】
	月 日 ( )	月 日 ( )	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	( )	

## &lt;お申込み・お問い合わせ先&gt;

〒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