洲本伊月病院　セカンドオピニオン申込書

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うえ、以下の内容で、貴院のセカンドオピニオンを申し込みます。

記入日　　年　　月　　日

患者様の氏名、性別		ふりがな 様　（男・女）
生年月日、年齢		（大正・昭和・平成）　年　月　日生　（　歳）
当院の来院履歴		無　・　有　→有りの場合は、診察券番号（　）
患者様の連絡先	ご住所	〒
	電話番号	TEL　（　）　－ 携帯　（　）　－ FAX　（　）　－
※患者様ご本人からの相談の場合、ご相談者の氏名・連絡先の記入は必要ありません		
ご相談者の氏名、性別		ふりがな 様　（男・女）
ご相談者の続柄		※ご本人様が来院されない場合は、 別紙同意書が必要です
ご相談者の連絡先	ご住所	〒
	電話番号	自宅　（　）　－ 携帯　（　）　－ FAX　（　）　－
疾患名		
ご相談の具体的な内容（文章でも箇条書きでも結構です。記入欄が不足する場合は、別紙にご記入下さい。）		
受診中の医療機関と主治医のお名前		病院名： 診療科： 主治医： 電話番号　（　）　－

【洲本伊月病院記載欄】

受付年月日	担当診療科	担当医	相談日時

お問い合わせ先：洲本伊月病院　地域連携室
0799-26-0835（直通）