横浜市立みなと赤十字病院セカンドオピニオン外来申込書

訴訟等の目的に使用しないこと及び相談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を申し込みます。

平成　　年　　月　　日　氏名　　印

患者さまの氏名、性別	フリガナ 殿（　男・女　）
患者さまの生年月日（年齢）	明治・大正 昭和・平成　　年　　月　　日生　（　　歳）
患者さまの連絡先	〒 TEL　（　　）
ご相談者の連絡先	住所：〒 TEL　（　　）　［自宅・携帯・勤務先］ FAX　（　　）　E-mail：
ご相談者の続柄	本人・家族（続柄　　）
疾患名	＃１． ＃２． ＃３．
ご相談の具体的な内容 （ご自由にお書きください。 用紙が不足している場合は 別紙でも結構です。）	
主治医の医療機関とお名前	（　　）病院、診療所 医院、クリニック （　　）科（　　）先生
上記医療機関の住所、連絡先 （お分かりになる範囲で結構です。）	TEL　（　　）