

(第1号様式)

小倉記念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上、以下の内容で貴院のセカンドオピニオン外来受診を申し込みます。

平成 年 月 日 氏名 印

患者様の	(フリガナ) 氏名・性別	フリガナ 様 (男・女)		
	生年月日・年齢	(大正・昭和・平成) 年 月 日生 (歳)		
	ご住所	〒		
	電話番号	() ー		
	携帯番号	() ー		
ご相談者の (ご本人の 場合は記載 不要です。)	(フリガナ) 氏名	フリガナ	患者様との 続柄	
	ご住所	〒		
	電話番号	() ー		
	携帯番号	() ー		
疾患名	#1			
	#2			
	#3			
ご相談の具体的内容 (ご自由にお書きください。用紙 不足分につきましては別紙でも結 構です。)				
受診を避けたい日、入院・治 療の予定等お書きください。				
主治医のお名前と医療機関 (わかる範囲で結構です。)		() 病院、診療所 () 科 () 先生		

【病院受付記載欄】

相談日時	年 月 日 () 時 分
担当医	科 先生
相談場所、受け入れの可否	診療科診察室・その他 () 可・否