

# 神栖済生会病院 セカンドオピニオン外来申込書

私はセカンドオピニオンの主旨を十分に理解し、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を申し込みます。

西暦 年 月 日 患者氏名 印  
本人以外の場合の相談者氏名 印

患者様 ※カルテを作成するため記入もれのないようお願いいたします。	ふりがな 氏 名	( 男 ・ 女 )
	生年月日	西暦 年 月 日 ( 歳)
	住 所	〒 -
	連 絡 先	TEL : ( )
相談者様	続 柄	本人・家族 (続柄 : )
	ふりがな 氏 名	
	住 所	〒 -
	連 絡 先	※日程のご連絡をするため、常に連絡可能な番号をお願いいたします。 電話番号 : ( ) 携帯電話 : ( )
同 席 者	※相談者様の他に同席されるご家族がいらっしゃいましたら、ご記入ください。 氏名 (続柄 : ) 氏名 (続柄 : )	
患者様の現在の状況	医療機関名 ( ) 通院中 ( ) 入院中	
備考		

神栖済生会病院 地域医療連携室 〒314-0112 茨城県神栖市知手中央 7-2-45 TEL : 0299-97-2111

## ※当院記入欄

相談日時	年 月 日 時 分 ~ 時 分 場所 :
担当医師	科 先生
備考	担当者名 :