

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

患者さまの情報	ふりがな ご氏名	様 (男・女)	
	当院受診歴の有無	(有 ・ 無)	
	生年月日	(大正・昭和・平成)	年 月 日 (歳)
	住所		
	連絡先	電話	()
受診するかたの情報	ご本人 ・ ご家族(続柄)		
受診者情報 ※ご相談者が本人以外の 場合記入してください	ふりがな ご氏名	様	
	連絡先	①	()
		②	()
疾患名	#1. #2. #3.		
ご相談の内容			
紹介元医療機関	主治医の医療機関	() 病院 ・ 診療所 () 科 () 先生	

【 提出先 】

特定医療法人博愛会 一関病院 医療相談室
〒021-0884 岩手県一関市大手町3番36号
電話 0191-23-2050