

セカンドオピニオン外来申込書

以下の事項について同意致しましたので、自治医科大学附属さいたま医療センターでのセカンドオピニオンの申込みをします。

- 1.「セカンドオピニオン外来のご案内」記載事項
- 2.訴訟等の目的に使用しない。
- 3.自由診療料金として定められた金額を支払う。

令和 年 月 日 患者本人署名

印

本人以外の相談者氏名

印(続柄)

患者さんの氏名(フリガナ)・性別	男 ・ 女	
患者さんの生年月日	T・S・H・R 年 月 日 (歳)	
患者さんの現住所及び連絡先	〒	
	電話番号	
	携帯電話	
ご相談者の住所及び連絡先	FAX	
	〒	
	電話番号	
疾 患 名	携帯電話	
	FAX	
	1	
ご相談内容	2	
	3	
	(ご自由にお書き下さい。記入欄不足の場合は、別紙を添付して下さい。)	
希望診療科名		
受診している医療機関	病院名	
	診療科	主治医名
	住所	
	電話番号	