

飯田病院 病理外来申込書・＜セカンドオピニオン用＞

私はセカンドオピニオンの主旨を十分に理解し，訴訟など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。

平成 年 月 日 氏名 _____ 印

患者様 (相談者様)	氏名	(男・女)
	生年月日	(明治・大正・昭和・平成) 年 月 日 (歳)
	住所	〒 _____
	連絡先	日程等のご連絡のため，連絡可能な番号をお願い致します。 電話番号： () 携帯番号： () FAX： ()
	同席者	患者様のほか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	<u>医療機関名</u> _____ <u>通院中</u>	