

総合病院 国保 旭中央病院セカンドオピニオン外来 申込書

私の病状についての診断内容や、現在および今後の治療法などに関するセカンドオピニオンの提供を、以下事項に同意の上、申込をいたします。

- ・ 訴訟などの目的に使用しないこと
- ・ 定められた費用（自費）を支払うこと

年 月 日

氏名 _____ 印

患者情報記入欄

ふりがな 患者氏名			
生年月日	大 昭 平 令 年 月 日 生 (歳)	性別	
旭中央病院の 診療登録カード番号	登録番号をお持ちの方はカード7桁の番号を記載してください。		
住所	〒		
連絡先			
現在の主治医	病院名		(通院中・入院中)
	診療科		
	医師名		

患者本人と相談者が異なる場合は、以下も記入してください。

ふりがな 相談者氏名			
住所	〒		
連絡先			
	続柄 ()		

病院記入欄：

実施 (可・否)	診療科 ()	担当医師 ()
連絡日時 月 日 担当 ()		