今村病院セカンドオピニオン申込書

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、下記の内容で、セカンドオピニオンに申込ます。
なお、以下の行為は貴院担当医師の許可無く行いません。

1） 説明の際に受領した資料を第三者（紹介医療機関を除く）へ提出すること。
2） 相談中に相談内容を録音すること。

平成　　年　　月　　日ご相談者名　　様

患者様氏名、性別	フリガナ 様　（　男　女　）
生年月日（年齢）	（大正　昭和　平成）　　年　　月　　日生（　　歳）
ご住所	〒
ご連絡先	TEL　　（　　）　　携帯電話をお持ちの方は必ず記入して下さい。 FAX　　（　　）
ご相談者の続柄	ご本人 ご家族（続柄）
疾患名（おわかりになる範囲で）	
ご相談の具体的内容（ご自由にお書き下さい。用紙が不足する場合は別紙でも結構です。）	
現在かかっている医療機関と主治医名	病院・医院 科　　先生
主治医の連絡先（おわかりになる範囲で）	電話等

公益財団法人　慈愛会　今村病院