

青雲会病院 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みます。

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(紹介元医療機関を除く)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 _____

患者さんの氏名・性別	フリガナ 様 (男 ・ 女)
生年月日	(大正・昭和・平成) 年 月 日 歳
ご住所	〒
ご連絡先	TEL () FAX () 携帯電話 ※携帯電話をお持ちの方は必ず記入してください
ご相談者の続柄	ご本人 ・ ご家族(続柄)
疾患名	
ご相談の具体的内容	
現在かかっている 医療機関と主治医名	_____ 病院 ・ 医院 診療科 _____ 医師名 _____ TEL ()

※以下、記入しないでください。(青雲会病院で記入します)

受付年月日	平成 年 月 日
担当診療科	担当医師名
相談日時	平成 年 月 日 () 時 分