

藤田医科大学岡崎医療センター セカンドオピニオン外来申込書

以下の内容に同意の上、セカンドオピニオン外来に申込みします。

- ① 訴訟などの目的には使用しないこと
- ② 自由診療料金として定められた金額を支払うこと
- ③ 説明の際に受領した資料を第三者(主治医を除く)へ提出しないこと
- ④ 相談中に相談内容を録音しないこと

年 月 日 ご相談者名

Fax:0564-64-8194

患者さんの氏名、性別	フリガナ 様(男・女)
生年月日(年齢)	年 月 日 (歳)
ご住所	〒
ご連絡先	<input type="checkbox"/> 電話 () 午前9時～午後5時で連絡の取れる <input type="checkbox"/> 携帯 () ものに☑を入れてください。 <input type="checkbox"/> 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)	
当院の診療科および医師で ご希望がございましたらご記 入ください	診療科 医師名
ご相談の具体的内容 (ご自由に記入ください。 用紙が不足する場合は別 紙でも構いません。)	
現在のかかっている医療 機関と主治医名と連絡先	病院・医院 科 先生 電話番号 ()
※当院使用欄 申込者への連絡 済・未	実施日 年 月 日 時 担当診療科: 医師名: