

(様式3)

産業医科大学病院セカンドオピニオン外来 申込書

訴訟等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受診を申し込みます。

令和 年 月 日 氏名 印

患者	氏名、性別	ふりがな _____ 様 (男・女)
	生年月日(年齢)	(大正、昭和、平成、令和) 年 月 日生 (歳)
	住所	〒 _____
相談者	相談者の連絡先	TEL _____ FAX _____
	相談者の続柄	本人 ・ 家族(続柄 _____)
希望相談日	第1希望	令和 年 月 日 時 分から
	第2希望	令和 年 月 日 時 分から
希望診療科		
病名	# 1. # 2. # 3.	
相談の具体的な内容 (相談目的、病状についての説明、現在までの経過等をご記入ください。用紙が不足している場合には別紙でも結構です。)		
かかりつけ医の医療機関名とお名前	(_____) 病院・診療所 (_____) 科 (_____) 先生	
かかりつけ医の住所、連絡先(お分かりになる範囲で結構です)	住所 _____ 連絡先 _____	

【病院受付記載欄】

受付	配付診療科	担当医名	受入可否	相談希望日時	相談場所	その他
	配付日		可・否	年 月 日 時 分		