

セカンド・オピニオン外来申込書

大阪中央病院 御中

訴訟の目的に使用しないこと、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

申込者氏名 印

相談者の氏名、性別	フリガナ (男・女)
生年月日(年齢)	M・T・S・H 年 月 日生 ()歳
ご相談者の連絡先	TEL: ()
	FAX: ()
	MAIL:
ご相談者との続柄	☐ 本人 ☐ 家族 (続柄)
病名	1)
	2)
	3)
ご相談の具体的な内容 ※時間内でご満足頂ける回答をご提供するため、お聞きになりたいことを具体的にお書きください。用紙が不足している場合には別紙でも結構です。	
主治医の医療機関とお名前、ご住所、連絡先 ※お分かりになる範囲で記入ください。	()病院、診療所
	()科()先生
	住所:
	TEL: - ()-

◎確定内容(病院記載欄)

相談日時	令和 年 月 日 (時 分)
担当医	科
相談場所	診療科診察室・その他()