

いまい内科ハートクリニック 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を申し込みます。

年 月 日 氏名 _____ 印 患者様との続柄 _____

(患者様又は患者様の同意を得ているご家族)

患者様の氏名 (フリガナ)・性別 患者様の生年月日 ご相談者の住所及び連絡先	<p style="text-align: right;">男・女 _____</p> <p style="text-align: center;">年 月 日 (歳)</p> 〒 _____ 電話番号 : _____ 携帯電話 : _____ Eメール : _____
疾患名	① _____ ② _____ ③ _____
ご相談内容 (ご自由にお書きください。 記入欄が不足する場合は、 別紙を添付してください)	_____ _____ _____ _____
患者さんの現在の状況	入院中 通院中 入院先または通院先医療機関名および主治医のお名前 医療機関名 : _____ (_____) 科 (_____) 医師 住所 : _____ 電話番号 : _____
添付する資料	以下のうち○印をつけた資料を添付いたします。 ・紹介状 (診療情報提供書) ・画像フィルム (_____) 枚 ・検査の記録 ・その他 (_____)