済生会広島病院セカンドオピニオン外来申込書

訴訟など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、及び患者様の主治医あての報告書が作成されることに同意の上、セカンドオピニオン外来受診を申し込みます。

平成　　年　　月　　日　　申込者氏名

患者様	氏名、性別	ふりがな （男・女）		
	生年月日（年齢）	（明治・大正・昭和・平成）　　年　　月　　日　　（　　歳）		
	現住所	〒		
	連絡先	電話番号		
ご相談者	氏名、性別	ふりがな （男・女）	続柄	
	生年月日（年齢）	（明治・大正・昭和・平成）　　年　　月　　日　　（　　歳）		
	現住所	〒		
	連絡先	電話番号		
ご相談希望診療科				
ご相談の内容 （ご自由にお書きください。別紙添付されても構いません。）				
現在、かかっている医療機関と主治医		医療機関名		
		住所　　電話番号		
		診療科　　主治医　　先生		
患者様の現在の状況		□入院中　□外来通院中　□その他（　　）		