

長崎みなとメディカルセンター セカンドオピニオン外来 相談申込書

相談結果を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での相談を申し込みます。
並びに、私の主治医あての報告書が作成されることに同意します。

平成 年 月 日

患者	(ふりがな) 氏名	(印)	(男・女)
	生年月日 (年齢)	明治,大正, 昭和,平成 年 月 日生 (歳)	
	ご住所	〒 TEL ()	
相談者	(ふりがな) 氏名		
	患者様との続柄	ご本人 ・ ご家族 (続柄)	
	ご住所	〒	
	連絡先 <small>(電話番号は、携帯電話を含め必ず連絡の取れる番号を、複数ある場合は複数をご記入ください。)</small>	TEL. ()	TEL. ()
Eメール			
疾患名			
ご相談の目的			
患者様の今までの経過 及び現在の状態			
入院先または通院先 及び 主治医名	病院名 _____ 主治医 _____ 先生 (科) 所在地 _____ TEL. ()		

