

竹田総合病院セカンドオピニオン外来 申込書

患者さんの氏名・性別	_____ 殿 (男・女)
生年月日 (年齢)	年 月 日生 (歳)
住所	〒 _____
相談者の名前・連絡先	相談者名 _____ 電 話 () FAX ()
相談者の続柄	ご本人・ご家族 (続柄)
疾患名	# 1. # 2. # 3.
ご相談の具体的な内容 (ご自由にお書きください。 用紙が不足している場合には別紙でも結構です。)	
患者さんの入院先または通院先	・入院中 ・通院中 ・その他 () 主治医 _____ 科 _____ 先生 医療機関名 _____ 住 所 _____ 電 話 _____ FAX : _____

※当院の医師による意見、判断を提供することにより、現在の治療に際しての参考にしていただくことを目的とし、自由診療として定められた料金であることに同意の上、上記の内容で、貴院のセカンドオピニオン外来受診を申し込みます。

年 月 日 氏名 _____