

浜松南病院 セカンドオピニオン外来 申込書

浜松南病院セカンドオピニオン外来の目的・規約を了解した上で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受診を申し込みます。

平成 年 月 日 氏名 印

患者さまの氏名・性別	_____ 殿 (男・女)
生年月日(年齢)	(大正・昭和・平成) 年 月 日生 (歳)
ご住所	〒 _____
ご相談者の連絡先	TEL () FAX () Eメール _____
ご相談者の続柄	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 別紙に追加してください。	
主治医の医療機関とお名前	_____ 病院、診療所 _____ 科 _____ 先生
主治医のご住所、連絡先 お分かりになる範囲で結構です。	

