

鶴田病院セカンドオピニオン申込書

セカンドオピニオンの趣旨・目的を理解し、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を申し込めます。

申し込み日 令和 年 月 日

相談者氏名

相談者との続柄 ご本人・ご家族 ()

患者氏名 性別	様 (男 ・ 女)
患者生年月日	(大正 ・ 昭和 ・ 平成) 年 月 日 (歳)
患者連絡先	〒 ー 住所 TEL () Fax ()
相談者連絡先	〒 ー 住所 TEL () Fax ()
現在治療中の疾患	病 名 _____
現在かかっている 医療機関・主治医名	医療機関・診療科名 _____ 主治医名 _____ 住 所 _____ 連絡先 _____ 通院中 ・ 入院中 ・ その他 ()
提出できる資料	<input type="checkbox"/> 紹介状 () <input type="checkbox"/> 検査データ <input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> その他 ()