

白河厚生総合病院セカンドオピニオン外来申込書

患者様の氏名・性別 生年月日 (年齢)	(男・女) (大正・昭和・平成) 年 月 日 (歳)
ご相談者の氏名・連絡先	氏名 住所 連絡先 間柄 ()
疾患名	1. 2. 3.
相談の具体的な内容 (ご自由にお書きください 欄が不足な場合は別紙でも結構 です)	(Blank space for consultation content)
患者様の入院先または通院先 の医療機関名	・入院中 ・通院中 ・その他 () 医療機関名 主治医 科 医師

*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。

令和 年 月 日 氏名 _____ 印