

長浜赤十字病院セカンドオピニオン外来 申込書

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、長浜赤十字病院のセカンドオピニオン外来の受診を申し込みます。

令和 年 月 日 申込者氏名 印

フリガナ		(大正、昭和、平成、令和)	
対象者氏名 (患者さま)		生年月日	年 月 日 () 歳
住 所	〒 電話 FAX		
フリガナ		(大正、昭和、平成、令和)	
相談者氏名 □ 申込者に同じ		生年月日	年 月 日 患者との続柄 ()
住 所 □ 申込者に同じ	〒 電話 FAX		
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。ただし、主治医等に関する不満、転医希望、カウンセリング、裁判関係や診療記録等の開示に関わる事項はご遠慮ください。別紙にお書きいただいても結構です。)			
主治医(現在のかかりつけ医)の医療機関とお名前 () 病院 () 科 () 先生			
上記医療機関のご住所、連絡先(お分かりになる範囲で結構です。) 〒 電話 FAX			

* 以下は当院の記入欄です。

受付番号		受付年月日	年	月	日
担当診療科		相談医師への確認			
相談日時	年	月	日	曜日	時 分

長浜赤十字病院