

三愛会総合病院セカンドオピニオン申込書

私は、症状についての診断内容や、現在及び今後の治療法に関するセカンドオピニオンの提供を下記事項に同意の上、申込み致します。

- ◆三愛会総合病院セカンドオピニオン運用規定(別紙)
- ◆訴訟目的に使用しないこと。
- ◆自費診療料金として当院に定められた金額を支払うこと。

平成 年 月 日

患者本人署名

印

本人以外の相談者署名

印

希望診療科	科		
フリガナ		性別	男・女
患者氏名			
生年月日	(大正・昭和・平成) 年 月 日		(歳)
フリガナ		性別	男・女
相談者氏名			
相談者住所・連絡先	TEL ()		
紹介元の 主治医と医療機関名	名称： 診療科： 主治医名：		
相談内容(具体的に)			