

## 大和高田市立病院セカンドオピニオン外来受診申込書

セカンドオピニオン外来の趣旨を理解し、訴訟等の目的に使用しないこと及び病院が定めた料金を支払うことに同意の上、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

相談者氏名 \_\_\_\_\_ 印

患 者	ふりがな
	氏 名
	生年月日 大正 昭和 平成 令和 年 月 日 (年齢 歳 )
相 談 者	氏名 _____ 続柄 ( _____ )
	住所 〒 _____
	連絡先: _____ FAX: _____
病 名	
現 状	入院中 通院中 その他 ( _____ ) 医療機関 ( _____ ) 診療科 ( _____ ) 担当医名 ( _____ )
相談目的 相談内容	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 治療法の選択について迷っている</li> <li>2. 現在の治療法以外の治療ないか相談したい</li> <li>3. 大きな手術を受けるように勧められている</li> <li>4. その他</li> </ol> <p style="margin-top: 20px;">申込書に書ききれない場合は、別紙に書いて頂いてもかいませんので、出来るだけ詳しく記載して下さい。</p>
都合の悪い日	令和 年 月 日 (その他 _____ )

### 病院診療科記載欄

病院日時	令和 年 月 日 ( _____ )	時 分	
担当医師	科	医師	