

福西会病院 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、貴院のセカンドオピニオン外来受診を申し込みます。

年 月 日

患者さん	フリガナ	
	氏名・性別	様 (男・女)
	生年月日	年 月 日生 ( 歳)
	ご住所	〒
	ご連絡先	(ご自宅) (携帯番号)
申込者	フリガナ	
	氏名	様
	患者さんとの続柄	
	ご住所	〒
ご連絡先	(ご自宅) (携帯番号)	

医療機関名 (現在治療を受けている)	
主治医名	
診療科	
所在地	
疾患名 <small>かる範囲でかまいません)</small>	# 1
	# 2
	# 3
ご相談内容 <small>(記載できる範囲で構いませんので 具体的にお書きください)</small>	

- ① 現在おかかりの主治医にセカンドオピニオンの了解を得てください
- ② 「診療情報提供書」と「検査、画像等の資料」をご準備ください
- ③ この申込書に記入された個人情報については福西会病院のセカンドオピニオン外来に関する以外には使用いたしません

社会医療法人 福西会 福西会病院  
 地域医療連携室  
 TEL 092-861-4585(直通)  
 FAX 092-861-4600(直通)

令和2年10月1日 改訂