

セカンドオピニオン外来申込書

私の病状について診断の内容や、現在および今後の治療法等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、盛岡赤十字病院に申し込みをいたします。

記

- 「セカンドオピニオン外来のご案内」を熟読のこと
- 訴訟の目的に使用しないこと
- 保険診療外として定められた金額を支払うこと

令和 年 月 日 氏名 _____ 印 _____

患者氏名	フリガナ _____	男・女	生年月日	明・大・昭・ 平・令 年 月 日
患者住所	〒 _____	電話番号	- -	
ご相談者の連絡先	氏名 _____ 住所 _____ 続柄 _____ 本人・家族（続柄 _____） 電話番号 _____			
現在の状況	医療機関の名称	主治医（ _____ ）科 （ _____ ）先生		
	病状・症状 _____			
相談内容	※欄が不足の場合は別紙でも結構です			
その他				

* 病院使用欄ですので記入しないでください。

担当診療科名 _____科	1	(担当医師)	受付番号	受付担当者
	2	(担当医師)	No.	
申込受付年月日	令和 年 月 日			
摘要	可否	否の場合は理由書作成のこと。 申込者へ送付します。	第一候補	令和 年 月 日
			第二候補	令和 年 月 日
			第三候補	令和 年 月 日