

小樽掖済会病院 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を申し込みます。

令和 年 月 日 申込者氏名

フリガナ				性別	男・女
患者氏名					
生年月日	大正 昭和 平成令和	年	月	日	年齢 歳
患者の連絡先	住所:	〒 -			
	電話番号:	-	-	-	-
	携帯電話:	-	-	-	-
	FAX番号:	-	-	-	-
相談者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	※家族の場合 氏名:		続柄:	
相談者の 連絡先 ※本人の場合は不要	住所:				
	電話番号:	-	-	-	-
	携帯電話:	-	-	-	-
	FAX番号:	-	-	-	-
病名	1.				
	2.				
	3.				
具体的な 相談内容	ご自由にお書きください。用紙が足りない場合は別紙でも結構です。				
主治医の 医療機関	医療機関名:				
	診療科:		医師名:		

(病院記載欄)

相談日時	年 月 日	時間	:	相談場所	
診療科		担当医師		医師	

小樽掖済会病院 医療連携室

直通電話 0134-24-3858

直通FAX 0134-25-3665