

セカンドオピニオン申込書

相談料金として11,000円を支払うことに同意のうえ、受診医療機関からの紹介状及び資料等を準備し、下記のとおり新潟県立十日町病院のセカンドオピニオンを申し込みます。

【患者さんご本人】

令和 年 月 日

ふりがな			
氏名			性別 (男・女)
生年月日	大正・昭和・平成・令和	年 月 日	(歳)
住所	〒 連絡の取れる電話番号		

【相談者ご家族の場合】・・・家族のみ来院される場合、患者さんご本人の同意書が必要です。

ふりがな			
相談者氏名			性別 (男・女)
住所	〒 連絡の取れる電話番号		
続柄	患者さんの()		

----- 以下は記入不要です -----

【患者情報記入欄】

疾患名		来院者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人及び家族 <input type="checkbox"/> 家族のみ
希望する診療科		来院歴の有無	<input type="checkbox"/> あり・・・最終 年 月 日 <input type="checkbox"/> なし ID — —
受診医療機関	[] 病院 [] 科 [] 医院・クリニック・診療所		
医師名			

【病院使用欄】

【資料受領日】 月 日

日時	場所	説明医師
月 日() 時 分から	<input type="checkbox"/> 外来診察室 <input type="checkbox"/> 上記以外()	

連絡日	担当