

仙台市立病院セカンドオピニオン外来相談申込書

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うえ、以下の内容で、貴院のセカンドオピニオン外来相談を申し込みます。

記入日：平成 年 月 日 氏名： _____

患者さまの氏名	生 年 月 日	年齢	性別
(フリガナ) _____	(明治・大正・昭和・平成) 年 月 日生	歳	男・女
患者さまのご住所	患者さまのご連絡先		
〒 _____	電 話 ()	(携帯電話) ()	F A X ()
相談者 (患者さまとのご関係)	ご本人 ・ ご本人以外(ご関係：)		
相談者の氏名 ※相談者がご本人以外の方に記入	相談者のご連絡先※相談者がご本人以外の方に記入		
(フリガナ) _____	電 話 ()	(携帯電話) ()	F A X ()

疾患名	1. _____ 2. _____ 3. _____
ご相談の具体的な内容、ご相談の目的 (ご自由にお書き下さい。この用紙が不足の場合は別紙にお書き下さい。)	
相談を希望する 当院の診療科	内科 感染症・呼吸器内科 消化器内科 循環器内科 神経内科 血液内科 糖尿病・代謝内科 外科 心臓血管外科 脳神経外科 整形外科 形成外科 小児科 皮膚科 泌尿器科 産婦人科 眼科 耳鼻いんこう科 放射線科 歯科口腔外科 麻酔科
現在受診中の医療機関	医療機関名 _____ 診療科 _____ 科
主治医のお名前	主治医のお名前 _____

〈病院記入欄〉

相談予約日時：平成 年 月 日() 午前・午後 時 分

相談場所 : _____

担当医師 : _____ 科 医師名 _____