

## 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：令和 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際に記入		相談者のご連絡先※相談者がご本人以外の際に記入		
(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・消化器内科・循環器内科・神経内科・外科・整形外科・脳神経外科・眼科・小児科 耳鼻いんこう科・産婦人科・皮膚科・放射線科・泌尿器科・麻酔科・精神科・歯科
主治医の医療機関・お名前	医療機関名 診療科 科 主治医のお名前

〈病院記入欄〉

相談予約日時：令和 年 月 日( ) 午前・午後 時 分

相談場所 : \_\_\_\_\_

担当医師 : \_\_\_\_\_ 科 医師名