

セカンドオピニオン外来申込書

自由診療料金として定められた金額を支払うこと及び、私の主治医あての報告書が作成されることに同意の上、セカンドオピニオンを申し込みます。なお、以下の行為は貴院担当医師の許可無く行いません。

- 説明の際に受領した資料を第三者(紹介医療機関を除く)へ提出すること
- 相談中に相談内容を録音すること

令和 年 月 日

| | | | | |
|--------------|-----------------------------------|--------|---|---------|
| ふりがな | | | 性別 | 男 ・ 女 |
| 患者氏名 | | | | |
| 生年月日 | 大・昭・平・令 | 年 | 月 | 日 (歳) |
| 患者連絡先 | 〒 TEL () FAX () | | | |
| 当院受診歴 | 無 ・ 有 | (ID) | | |
| ふりがな | | | 続柄 | 来院予定人数 |
| 相談者氏名 | | | | 人 |
| 相談者連絡先 | 〒 TEL FAX | | | |
| 疾患名 | | 現在の状態 | <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> その他 () | |
| 相談の内容 | 自由にご記入ください。用紙が不足している場合には別紙でも結構です。 | | | |
| 医療機関名 診療科 | | | 主治医 | 先生 |

※ご記入いただいた個人情報、セカンドオピニオンの提供に利用するものであり、この目的以外には用いません。

※画像データの可否については事前にお問い合わせください。お問い合わせ先 / 地域連携室(紹介予約担当) ☎082-252-6241

県立広島病院記入欄

| | | | |
|-------|--|------|--|
| 受付年月日 | | 受付番号 | |
| 担当診療科 | | 担当医 | |
| 相談日時 | 令和 年 月 日 () 時間 : ~ | 相談場所 | |
| | <input type="checkbox"/> 30分 <input type="checkbox"/> 60分 | | |