

# セカンドオピニオン申込書

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を申し込みます。

令和 年 月 日 氏名 ⑩

患者情報	フリガナ				男・女
	氏名				
	生年月日(年齢)	(大正・昭和・平成・令和)	年	月	日 ( 歳)
	住所	〒 _____			
	連絡先	TEL	( )		
相談に来られる方		<input type="checkbox"/> 本人 ・ <input type="checkbox"/> 家族 (続柄: )			
相談者情報	フリガナ				
	氏名				
	連絡先	TEL	( )		
疾患名	#1 #2 #3				
相談の具体的な内容					
受診希望診療科					
紹介元医療機関					病院 診療所 先生

**【同意書】** ※ご家族のみで相談する場合は必ず下記にもご記入ください。

私(患者氏名) _____ は、貴院担当医が(相談者) _____ に対して、私の病態などについての意見を求めることに同意いたします。 <div style="text-align: right;">                     令和 年 月 日                      患者氏名 <span style="float: right;">⑩</span> </div>
--

**【送付先】** 柏崎総合医療センター 病診連携室

〒945-8535 新潟県柏崎市北半田2-11-3 TEL:0257-23-2165 FAX:0257-21-5520

※以下は記載しないでください。

予約日時 : 令和 年 月 日 ( ) 時 分 ~ ( ) 科 ( ) 先生