神戸市立医療センター中央市民病院　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うえ、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　　ご相談者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

患者様の氏名（ふりがな）、性別		ふりがな ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　様　　（男・女）
生年月日（年齢）		（大正・昭和・平成・令和）　年　　月　　日生（　　歳）
当院の来院履歴		無　・　有　→有りの場合は，患者番号（　　）
患者様の連絡先	ご住所	〒
	電話番号	ＴＥＬ（　　）　　－ 携　帯（　　）　　－ ＦＡＸ（　　）　　－
ご相談者の連絡先	ご住所	〒
	電話番号	ＴＥＬ（　　）　　－ 携　帯（　　）　　－ ＦＡＸ（　　）　　－
ご相談者の続柄		ご本人・ご家族（続柄　　）
疾患名		＃１. ＃２. ＃３.
ご相談の具体的な内容（文章でも箇条書きでも結構です。記入欄が不足する場合は、別紙にご記入ください。）		
受診中の医療機関と主治医のお名前		＿＿＿＿＿＿＿＿病院・医院＿＿＿＿＿＿＿＿科 ＿＿＿＿＿＿＿＿先生　　電話（　　）　　－