

[様式1-2]

オンライン・セカンドオピニオン外来申込書

オンライン・セカンドオピニオン外来の趣旨を十分理解し、下記事項に同意のうえ、オンライン・セカンドオピニオン外来を申し込みます。

- 「オンライン・セカンドオピニオン外来のご案内」の記載事項
- 訴訟の目的に使用しないこと
- 自由診療料金として定められた金額を支払うこと

年 月 日

氏 名 印

患者氏名	フリガナ	男・女	患者 生年月日	(西暦) 年 月 日		
	〒			患者 電話番号		
患者住所			患者 電話番号			
ご相談者の 連絡先 (ご本人の場 合は続柄に ○印だけで 結構です)	氏 名 _____					
	住 所 _____					
	電話番号 _____					
	続 柄 ご本人・ご家族(続柄 _____)					
現在の状況	医療機関名称		主治医 (_____) 科			
			(_____) 医師			
病名・症状						
相談内容 (欄が不足の 場合は別紙で も結構です)						
提出できる 検査資料等	<input type="checkbox"/> 紹介状(診療情報提供書等) <input type="checkbox"/> 検査データ <input type="checkbox"/> レントゲンフィルム(CT等含む) <input type="checkbox"/> その他(_____)					
その他						
※ 申込書受付日		※ 受付者		※ 電話連絡日		※ 受付者

※ 印の欄は病院記入欄ですので、記入しないでください。