

小樽掖済会病院セカンドオピニオン外来申込書

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外来を申し込みます。

平成 年 月 日 申込者氏名

患者	氏名別 性 生年月日	フリガナ 様 (男・女) (大正・昭和・平成) 年 月 日生 (歳)	
	住所	〒 -	
	連絡先	TEL (- -) 携帯 (- -)	FAX (- -)
相談者	氏名	続柄	
	住所	〒 -	
	連絡先	TEL (- -) 携帯 (- -)	FAX (- -)
病名	1. 2. 3.		
具体的な 相談内容	<p>(御自由にお書きください。用紙が足りない場合は別紙でも結構です。)</p>		
主治医の 医療機関名 氏名	() 病院・医院 () 科 () 医師		

確定内容 (病院記載欄)

相談日時	平成 年 月 日 () 時 分
担当医	科 医師
相談場所	診療科診察室・その他 ()

小樽掖済会病院 医療連携室
直通電話 0134-24-3858
直通FAX 0134-25-3665