

セカンドオピニオン外来申込書

以下の内容に同意の上、セカンドオピニオン外来に申込みます。

①主治医に対する不満、医療訴訟などの目的には使用しません。

②セカンドオピニオンは、保険診療ではありませんので全額自己負担となります。

申込日： 年 月 日

フリガナ 患者氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年 月 日	歳
当院受診の有無	あり (登録番号) ・ なし		
患者住所	〒 —		
患者連絡先	TEL： ()	携帯電話： — —	
相談者氏名	続柄 ()		
患者住所	<input type="checkbox"/> 患者住所と同じ 〒 —		
患者連絡先	<input type="checkbox"/> 患者連絡先と同じ TEL： () 携帯電話： — —		
医 師 名	※相談を希望する医師があればご記入下さい 【医師名】 【診療科】		
相談希望日	第1希望日	年 月 日 (曜日)	
	第2希望日	年 月 日 (曜日)	
相談目的	診断 ・ 検査結果 ・ 治療方針 ・ 手術方法等		
具体的内容	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		

【紹介元】

医療機関名	
診療科・医師名	【診療科】 【医師名】

※当院使用欄

実施日	年 月 日
申込者への連絡	済 ・ 未 【担当科・医師名】 科

申込・問合せ先

半田市立半田病院 患者サポートセンター

TEL：0569-22-9913 (直通) FAX：0569-24-3254

受付時間 8時30分～17時00分まで (土・日・祝日・年末年始を除く)