

## セカンドオピニオン 申込書

佐久市立国保浅間総合病院

患者様の氏名(フリガナ) 性別	(男・女)
生年月日	(大正・昭和・平成・令和) 年 月 日生( 歳)
住所・電話番号	〒 TEL FAX
相談に来院される方	ご本人・ご家族(続柄 氏名 )
相談者の住所・連絡先	〒 TEL FAX
ご相談内容	1. 疾患名( ) 2. 具体的内容  3. 特に配慮が必要な事柄
患者様の状況	入院中・通院中・その他( ) 受診科( 科)担当医( 先生) 医療機関名 所在地 〒  TEL

専門医師の意見・判断の提供を現在の治療に参考とするため、自由診療としての定められた料金であることを同意の上、上記の内容で、貴院のセカンドオピニオンの受診を申し込みます。

令和 年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_ 印