

## 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受診を申し込みます。

ご相談者 氏名 (患者さんとの続柄： )

(患者さんご本人または、患者さんの同意を得ているご家族)

## 1. 患者情報について

患者情報	ふりがな 氏 名		性別	男・女
	生年月日 (年齢)	(大正・昭和・平成・令和)	年	月 日 ( 歳)
	住所	〒		
	連絡先	携帯電話 — —	TEL — —	FAX — —
	当院受診歴有無	あり (診察券番号： ) ・ なし ・ 不明		

## 2. ご相談情報について

ご相談者情報	ご相談者	ご本人 ・ ご家族 (続柄 )		
	※ご本人の場合、以下の記入いただく必要はありません			
	ふりがな 氏 名			
	連絡先	携帯電話 — —	TEL — —	FAX — —

## 3. 現在かかられている医療機関について

医療機関名：	診療科：	主治医：
--------	------	------

## 4. 相談内容について

相談を希望する診療科	科
相談の具体的内容	1. 診断について 2. 治療について 3. その他 ( )

※当日は、できる限りの検査資料をお借りしてお持ちください。尚、持参する資料は相談者が保管責任者となります。

※以下は記入しないでください

病院記入欄	申込書受理日	月 日	相談者への連絡日	月 日
	予約日	月 日 ( )	時間：	時 分

【お問い合わせ先】北秋田市民病院 がん相談支援センター  
TEL : 0186-78-2117  
FAX : 0186-78-2118