

三菱京都病院 セカンドオピニオン外来申込み書

セカンドオピニオン外来の趣旨を十分に理解し、特に訴訟等の目的に利用しないこと

及びセカンドオピニオン料として定められた費用(保険適用外)を支払うこと等に同意の上

下記のとおりセカンドオピニオン外来を申し込みます

患者氏名等	フリガナ (氏名)		男・女	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)	
相談者	フリガナ (氏名)		男・女	患者との続柄	本人・家族 ()
	連絡先	住 所	〒 -		
		電 話		F A X	
		e-mail			
現在の状況	病院名			通院中・入院中・その他 ()	
	診療科				
	病名				
提出できる検査資料等	<input type="checkbox"/> 紹介状 (診療情報提供書) <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 ()				
相談したい内容					

*太線内記入のうえ、郵便もしくは直接持参により、お申し込みください。

*以下は、病院側の記入欄ですので記入しないでください。

相談可否	可 ・ 否	否の理由	診療科部長 確認欄	
------	-------	------	--------------	--

申込み書受理	担当診療科	相談予約日時	相談者への連絡	備考
年 月 日 () 受理者	医師名	年 月 日 () 時 分~	年 月 日 () 連絡者	