

# 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 ( 壁 )
相談者	フリガナ ( 氏名 )			男・女	患者との 続柄
	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	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>				

\*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	