

セカンドオピニオン申込書

セカンドオピニオン以外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を申し込みます。

令和 年 月 日

※申込者が記入してください。

患者さまの氏名	
患者さまの生年月日（年齢）	（昭和・平成・令和） 年 月 日生（ 歳）
患者さまの住所	〒
申込者の氏名、続柄	（続柄 ）
申込者の連絡先	〒 TEL （ ） ・ 携帯 （ ）
ご相談の目的 （ <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院中）	

【医療機関連絡用】 以下は各医療機関で記入し、患者支援室にFAXしてください。

病院名 _____
担当部署 _____ 担当者 _____
TEL _____（ ） _____
FAX _____（ ） _____

送付先：浜松医療センター 患者支援室

TEL 053-451-2715

FAX 053-451-2802