

坂総合病院セカンドオピニオン 申込書(患者様記入用)

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、貴院でのセカンドオピニオンが受けられない場合もあることを同意の上、申込致します。

年 月 日 ご相談者氏名 印

フリガナ			性別
患者様氏名			(男 ・ 女)
患者様の生年月日	(T・S・H) 年 月 日		
患者様のご住所	〒		
ご相談者	患者様ご本人、 ご家族(続柄) ご家族様のみの場合は患者様の同意書が必要です		
ご相談者の連絡先	電話番号 — — 携帯電話 — — (ご氏名)		
疾患名			
ご相談内容			
主治医の医療機関名	()		
主治医の先生のお名前	()科 ()先生		
医療機関の連絡先	電話番号 FAX番号 ※わかる範囲でご記入下さい。		
質問事項 ※必ずご記入下さい。	1、「坂総合病院 セカンドオピニオンについてのご案内」をお読みの上、お申込頂きましたか？ はい ・ いいえ 2、セカンドオピニオンの日程について 都合の悪い日は(ない ・ ある) →「ある」場合は、都合の悪い日をご記入下さい。 ()		

※主治医の先生からの診療情報提供書(資料を含む)と一緒にご持参下さい。

【お問い合わせ先】

坂総合病院 地域医療連携室 〒985－8506 宮城県塩釜市錦町16-5
 電話 022-365-5175(代表) FAX 022-365-3620