

(別紙様式 1)

独立行政法人国立病院機構 四国子どもとおとなの医療センター
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。

年 月 日 氏名 印

患者様の氏名、性別	_____様 (男、女)
生年月日 (年齢)	(大・昭・平・令) 年 月 日生 (歳)
ご住所	(〒 _____)
ご相談者の連絡先	TEL () 携帯 () FAX () Eメール
ご相談者の続柄	ご本人、ご家族 (続柄 _____)
疾患名	# 1. # 2. # 3.
ご相談の具体的な内容 (ご自由にお書きください。用紙が不足している場合には別紙でも結構です。)	
主治医の医療機関とお名前	(_____) 病院、診療所 (_____) 科 (_____) 先生
	所在地 電話番号

当院記載欄

--