

セカンド・オピニオン外来申込書

【様式2】

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金として定められた金額を支払うことに同意したうえで、以下の内容でセカンドオピニオン外来受診を申込みます。

年 月 日

患者氏名	患者住所
(フリガナ) 氏名 年 月 日生	
相談者氏名(ご本人以外の方が申込みをする場合)	相談者住所
(フリガナ) 氏名 続柄 ()	
連絡先	
電話番号 () -	
FAX () -	
相談内容	
今までの経過	
現在の状況	
予約について： いつでも良い ・ 都合がつかない日あり ()	
入院または通院されている医療機関 病院名	
住所	電話番号 () -

※原本は当日ご持参ください。

送付先 〒432-8054
静岡県浜松市南区田尻町120-1
TEL: 053-443-0177
FAX: 053-443-0166
地域連携室



(原本：病院保管) 20180214 地域連携室