

旭川赤十字病院 セカンドオピニオン外来 申込書

ふりがな		性別	生年 月日	<input type="checkbox"/> 大正		年		月		日
患者氏名				<input type="checkbox"/> 昭和						
				<input type="checkbox"/> 平成						
住所	〒						TEL FAX			
ふりがな		性別	続柄		連絡先			<input type="checkbox"/>		
相談者氏名								<input type="checkbox"/>		
住所	〒						TEL FAX			
現病名	1									
	2									
	3									
希望診療科			を希望							
受診希望日	① 月 日 ② 月 日 (複数可)									
※医師の都合により、ご希望に添えない場合がありますのでご了承ください。										
相談目的(該当するものにチェックを入れてください)										
<input type="checkbox"/> 1 外科的治療法と内科的治療法のどちらを選択するか迷っている										
<input type="checkbox"/> 2 現在の治療法以外の治療法がないか相談したい										
<input type="checkbox"/> 3 大きな手術を受けるように勧められている										
<input type="checkbox"/> 4 その他(以下にご記入ください)										
今までの経過										
現在の状況										
<input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 入院中										
病名 <input type="checkbox"/> 知っている <input type="checkbox"/> 知らない										
その他										
現在の主治医										
医療機関名										
診療科名 主治医名										
住所 TEL										
用意できる書類										
<input type="checkbox"/> 診療情報提供書 <input type="checkbox"/> 検査データ <input type="checkbox"/> 画像フィルム(CD-R)										
<input type="checkbox"/> その他 ()										

私は、セカンドオピニオンの趣旨を十分に理解し、訴訟など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、以上の内容で貴院のセカンドオピニオン外来を申し込みします。

令和 年 月 日

患者名(相談者名) _____