

セカンドオピニオン外来受診申込書

訴訟等に使用しないこと、及び保険外診療として定められた金額を支払うことに同意の上、以下の内容についてセカンドオピニオン外来を申し込みます。

(記載年月日) 令和 年 月 日 氏名 ⑩

患者様のお名前	(ふりがな)	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)
相談者氏名		続柄	
相談者住所	〒		
ご相談希望日時	第1希望	月 日 ()	午前・午後 時
	第2希望	月 日 ()	午前・午後 時
*相談内容			
*現在の状況 入院中・通院中・その他			
*入院先または通院先			
医療機関名 _____			
住 所 _____			
電話番号 () _____			

【 確定内容 (当院記載欄) 】

相談日時	令和 年 月 日 ()	午前・午後 時 分 ~
担当医	() 科	医師名 ()
相談場所	() 科外来	() 番診察室

*ご相談日は、ご希望に添うように調整いたしますが諸事情によりご希望に添えない場合がございますのでご了承ください。

担当部署 公益財団法人湯浅報恩会 寿泉堂総合病院 地域医療連携室

〒963-8585 福島県郡山市駅前1丁目1-17

TEL: 024-927-0760 (直通) FAX: 024-939-7789 (直通)