

広島記念病院 セカンドオピニオン 申込書

自由診療料金として定められた金額を支払うこと及び私の主治医宛ての報告書が作成されることに同意の上、セカンドオピニオンを申し込みます。

なお、以下の行為は貴院担当医師の許可無く行ないません。

- (1) 説明の際に受領した資料を紹介元医療機関を除く第三者へ提出すること
- (2) 相談中に相談内容を録音すること。

申込日 年 月 日

患者	(フリガナ) 氏名						男	・	女
	生年月日	明治	大正	昭和	平成	年	月	日 (才)	
	住所	〒 _____							
	連絡先	電話番号： 携帯番号：							
相談者	(フリガナ) 氏名								続柄
	住所	〒 _____							
	連絡先	電話番号： 携帯番号：							
相談の内容 差し支え無ければ ご記入ください。									
現在の主治医		医療機関名							
		診療科名			主治医		先生		
		<input type="checkbox"/> 入院中		<input type="checkbox"/> 通院中		<input type="checkbox"/> その他 ()			

※ご記入いただいた個人情報は、セカンドオピニオンの提供に利用するものであり、この目的以外には用いません。

【広島記念病院記入欄】

受付日	年	月	日		
担当科			担当医		
面談日	年	月	日 ()	午前・午後	時 分
面談場所					
備考					