

(別添様式1)

セカンドオピニオン外来 申込書

令和 年 月 日

長野県立こころの医療センター駒ヶ根院長 様

患者さん氏名 _____ ㊞

私は、次の事項に同意の上、下記の内容で貴院のセカンドオピニオン外来を申し込みます。

- 1 訴訟等の目的に使用しないこと
- 2 主治医あての報告書が作成されること
- 3 自由診療料金として、自己負担で定められた金額を支払うこと

記

患者さん	ふりがな氏名		男・女	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)	
	住 所	〒				
	電話番号		携帯電話			
	当院受診歴	有 (診察券番号) ・ 無				
同伴者	ふりがな氏名		患者さんとの続柄		来院予定者数	人
	住 所	〒				
	電話番号		携帯電話			
相談希望日 ご希望に添えない 場合もあります。	第1希望	月	日 ()	第4希望	月	日 ()
	第2希望	月	日 ()	第5希望	月	日 ()
	第3希望	月	日 ()			
疾患名						
患者さんの現在の状態	入院中 通院中 その他 ()					
具体的な相談内容						
主治医	医療機関					
	主治医					