（別添様式１）

セカンドオピニオン外来　申込書

平成　　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 |  |