（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 |  | | | | | | |