

(様式1)

## 高島市民病院セカンドオピニオン外来 申込書

訴訟等の目的に使用しないこと及び自由診療料金として定められた金額を支払うことに同意の上、以下の内容で、高島市民病院セカンドオピニオン外来の受診を申込みます。

年 月 日 相談者氏名 印

フリガナ		男 ・ 女	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日	
患者氏名			年齢	歳
住所	〒			
電話		FAX		
フリガナ		男 ・ 女	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日	
相談者氏名			患者との続柄	
住所	〒			
電話		FAX		
疾患名	1、 2、 3、			
希望される診療科・医師(ご希望がありましたらご記入ください)				
ご相談の具体的な内容 (現在の状態やお聞きになりたいことを具体的にご記入ください。別紙にご記入いただいてもかまいません。)				
当日、本人が同席(する・しない) *同席されない場合は別紙同意書を必ずご用意ください。				
受診している 医療機関	病院名:			
	主治医:		科	先生
	住所:			
	電話:		FAX:	
受診している医療機関を通じ日程調整を希望される場合は、担当者名もご記入ください。				
相談日について(都合の悪い日や曜日・時間等があればお知らせ下さい)				

### 病院記載欄

受付番号	受付年月日		年	月	日
相談日時	年	月	日(曜日)	時	分
担当医師	科		医師		
相談場所	診療科診察室・その他( )				

【連絡先】 高島市民病院 地域医療連携室 電話 0740-36-0220(代) FAX 0740-36-2227