

## 済生会熊本病院セカンドオピニオン申込書

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、貴院のセカンドオピニオンを申し込みます。

年 月 日

相談者氏名

相談者との続柄

ご本人

・ ご家族

患者さんの氏名、性別	<div style="text-align: right;">様 (男・女)</div>
患者さんの生年月日 (年齢)	<div style="text-align: right;">年 月 日 生 ( 歳)</div>
患者さんの連絡先	<div style="text-align: right;">〒 -</div> <div style="text-align: right;">住 所</div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">TEL ( )</div> <div style="text-align: right;">FAX ( )</div>
ご相談者の連絡先	<div style="text-align: right;">〒 -</div> <div style="text-align: right;">住 所</div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">TEL ( )</div> <div style="text-align: right;">FAX ( )</div>
現在の状況	<div style="text-align: right;">病 名</div> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <div style="text-align: right;">病院・診療科名</div> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <div style="text-align: right;">通院中・入院中・その他 ( )</div>
ご相談の具体的内容 (ご自由にお書きください。 用紙が不足している場合は、 別紙でもかまいません。)	<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/>
提出できる検査資料等	<input type="checkbox"/> 紹介状 ( ) <input type="checkbox"/> 検査データ <input type="checkbox"/> レントゲンフィルム <input type="checkbox"/> その他 ( )
主治医の連絡先  (お分かりになる範囲で 結構です。)	<div style="text-align: right;">病医院名</div> <div style="text-align: right;">主治医名</div> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <div style="text-align: right;">所在地</div> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <div style="text-align: right;">電話番号 ( )</div> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/>