

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、以下の内容で福島県立医科大学附属病院のセカンドオピニオン外来受診を申し込みます。

年 月 日 氏名（署名または記名押印）

患者氏名	フリガナ	男・女	患者生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和
				年 月 日 歳
患者住所	〒	患者電話番号		
ご相談者の 連絡先 (ご本人の場合 は続柄にチェッ クのみで結構で す)	氏 名 _____	住所 _____		
	電話番号 _____	続 柄 ご本人・ご家族(続柄 _____)		
現在の状況	医療機関名称	主治医 (_____) 科 (_____) 先生		
	病名・症状			
相談内容 (欄が不足の場 合は別紙でも結 構です)				
その他				

※以下は病院記入欄ですので、記入しないでください。

申込み受付年月日		受付番号	
摘 要			

※ 当申込書の送付は郵送または直接持参をお願いいたします。FAXによる送付はご遠慮願います。