

国立病院機構鈴鹿病院 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。

平成 年 月 日 氏名 _____

患者様	氏名別	(ふりがな _____) 様 (男・女)
	生年月日(年齢)	(明治・大正・昭和・平成) 年 月 日生 ()歳
	住 所	〒 _____
ご相談者	氏 名	(ふりがな _____) 様
	連 絡 先	TEL : _____ FAX : _____
	ご相談者の続柄	ご本人・ご家族(続柄 _____)
疾 患 名	#1 _____ #2 _____ #3 _____	
ご相談の具体的な内容 (相談目的等についてご記入ください。)		
主治医の医療機関名 お 名 前 所在地・電話番号 (おわかりになる範囲で結構です。)	[_____] 病院・診療所 (_____) 科 (_____) 先生 所在地 : _____ TEL : _____	