国立病院機構相模原病院　セカンドオピニオン外来　申込書

訴訟などの目的に使用しないことおよ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、以下の内容でセカンドオピニオン外来受診の申込を申請します。

　　年　　月　　日　　氏名　　　　　　　　　　　　　印

|  |  |
| --- | --- |
| 患者さまの氏名と性別 | 殿　男　　女 |
| 生年月日 | 大正　昭和　平成　□令和　　　年　　月　　日（　　　歳） |
| ご本人の住所 | 〒 |
| ご相談者連絡先 | 電話番号（TEL）　　　　　　　　（　　　　）  携帯番号（TEL）　　　　　　　　（　　　　）  FAX番号　　　　　 　　　　　　（　　　　） |
| ご相談者の住所  ※本人住所と同じ場合は  同上で可 | 〒 |
| ご相談者の続柄 | ご本人　　　　ご家族（続柄　　　　　　　　　　　　） |
| 病気（疾患）の名前 |  |
| ご相談の具体的な内容 |  |
| 主治医の医療機関と名前 | 病院・クリニック・診療所    　　　　　　　　　　　科　　　　　　　　　　　　先生 |