

## 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 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> 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