

特定医療法人社団 勝木会

やわたメディカルセンターセカンドオピニオン相談申込書

私の病状についての診療内容や、現在および今後の治療法等に関するセカンドオピニオンの提供を下記の事項に同意の上、申し込みます。

1. 訴訟の目的に使用しません。

申請年月日(西暦) 年 月 日
ご相談者氏名

| | |
|------------------------|---------------------------|
| 患者氏名、性別 | (フリガナ) (男 女) 様 |
| 生年月日 (年齢) | (大正 昭和 平成 令和) 年 月 日生 (歳) |
| 住 所 | 〒 |
| 相談者の連絡先 | TEL FAX E-mail |
| 相談者の続柄 | 本人 家族 (続柄) |
| 疾 患 名 | |
| 相談の具体的な内容 | |
| 現在受診している 医療機関及び主治医名 | () 病院 医院 () 科 () 先生 |

*以下の欄には記入しないで下さい。当院で記入致します。

| | |
|-----------|-------------|
| 受 付 年 月 日 | 年 月 日 (曜日) |
| 受 付 担 当 科 | 科 相談医師名 |
| 相 談 日 時 | 年 月 日 (曜日) |