愛媛労災病院セカンドオピニオン外来申込書

セカンドオピニオン外来の趣旨を十分に理解し、訴訟等の目的に使用しないこと及びセカンドオピニオン料として定められた費用（自費）を支払うことに同意の上、以下の内容により貴院セカンドオピニオン外来での相談を申込します。また、私の主治医宛の報告書が作成されることに同意します。

申込書記入日　　年　　月　　日

患者名	（ふりがな） 氏名	㊞	（　男　・　女　）
	生年月日 （年齢）	大正 昭和 平成 令和　　年　　月　　日生　（　　歳）	
	ご住所	〒	
ご相談者名	（ふりがな） 氏名	㊞	（　男　・　女　）
	生年月日 （年齢）	大正 昭和 平成 令和　　年　　月　　日生　（　　歳）	
	ご住所	〒	
ご連絡先 （電話番号は、携帯電話を含め必ず連絡の取れる番号を、複数ある場合は複数ご記入ください。）		☎　（　　）　☎　（　　） 📱　（　　）　FAX　（　　） E-mail　（　　@　　）	
ご相談の具体的な内容 （ご自由にお書きください。記入欄が不足する場合は、別紙を付けてください。）			
医療機関名 及び主治医名			
主治医の連絡先 （わかる範囲で結構です。）		☎　（　　）　FAX　（　　） E-mail　（　　@　　）	

※ 1　この申込書に記入された個人情報については、本院のセカンドオピニオン外来に関すること以外には使用しません。

※ 2　本申込書の受領後、セカンドオピニオン外来受診の可否及び受診日程については、原則14日以内に連絡いたします。

愛媛労災病院
　地域医療連携室　担当者

受診の可否	受診日
可　・　否	年　　月　　日 時　　分