

# セカンドオピニオン外来申込書

＜申込日＞ 年 月 日

フリガナ				生				歳
患者氏名	男・女			年	年	月	日	歳
患者住所	〒 —			患者連絡先(TEL)				
				( )			—	
フリガナ				相談者連絡先(TEL)			患者との続柄	
相談者氏名				( )			—	
病名								
相談目的								
相談内容								
今までの経過								
現在かかっている	医療機関名		診療科		主治医名			
医療機関			科					
患者さんは病名を	知っている ・ 知らない							

※セカンドオピニオン外来は、健康保険適用外で自費(30分につき7,840円(税込))となりますので、ご了承ください

※患者さんご本人が受診される場合は、相談者氏名・相談者連絡先・患者との続柄の記入は不要です。

※ご本人が受診されない場合は、ご本人からの「同意書」が必要です。

## 【荒尾市民病院記入欄】

セカンドオピニオン 予約日	年	月	日	時
担当医師	科		医師	
相談者への 連絡	年	月	日	

荒尾市民病院 相談支援センター

TEL : 0968-63-1115(内線536)

FAX : 0968-62-4543