**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、特に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うえ、下記のとおりセカンドオピニオン外来を申し込みます。

※申込日・申込者名及び太枠内をご記入の上、当院地域医療連携ｾﾝﾀ宛、郵送で送付願います。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名等 | ﾌﾘｶﾞﾅ　　　　　　　　　　　　 　大正・昭和  氏　名　　　　　　　　　男・女　平成・令和　　年　　月　　日（　　歳） | | | |
| 住　所 | 〒 | | |
| 相談者氏名等 | ※患者ご本人が相談される場合は、記入していただく必要はございません。  ﾌﾘｶﾞﾅ　　　　　　　　　　　　 　　　患者との続柄（　　　　　　　）  氏　名　　　　　　　　　　男・女 | | | |
| 連絡先住所 | | 〒 | |
| 電話番号  【ＦＡＸ】 | | 【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】 | |
| 現在の通院先・入院先 | 病名 | |  | |
| 病院  診療科名  主治医氏名  主治医連絡先 | | 【通院中・入院中・その他（　　　　　　　） | |
| 相談したい  内容等 |  | | | |
| 現在の状態・その他 |  | | | |
| 病院記入欄 | 受診の可否　　可・否 |
| 受診日時  　令和　　年　　月　　日　　時　　分 |

申込書記入日　　　　年　　月　　日　　　　　　　　氏名

ＮＴＴ東日本伊豆病院

※本申込書を受領後、速やかにご連絡差し上げます。

また、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、原則として申込書受領後14日以内にご連絡差し上げます。

　NTT東日本伊豆病院地域医療連携ｾﾝﾀ

〒419-0193　静岡県田方郡函南町平井750

電話055-978-2322