

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ー宛、郵送で送付願います。

申込書記入日 _____ 年 月 日 氏名 _____ ㊟

患者氏名等	フリガナ	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。				
	フリガナ	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	_____			
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

NTT東日本伊豆病院

※本申込書を受領後、速やかにご連絡申し上げます。

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 日以内にご連絡申し上げます。

NTT 東日本伊豆病院地域医療連携センター
〒419-0193 静岡県田方郡函南町平井 750
電話 055-978-2322