

セカンドオピニオン外来申込書

様式1

滋賀県立総合病院 御中

訴訟等の目的に使用しないこと、および自由診療料金として定められた金額を支払うことに同意のうえ、以下の内容で、貴院のセカンドオピニオン外来受診を申し込みます。

年 月 日

氏名 _____ ⑩

●患者様もしくはご家族様ご記入

(自署の場合、印は不要です)

1. 患者さんの氏名、性別	フリガナ (男・女)
2. 生年月日 (年齢)	(大正、昭和、平成) 年 月 日生 (歳)
3. ご住所 〒	
4. ご相談者の氏名、連絡先 (※患者さんの場合は氏名の記入は必要ありません)	氏名 TEL () FAX () Eメール
5. ご相談者の続柄	<input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> ご家族 (続柄)
6. 疾患名	1. 2. 3.
7. ご相談の具体的な内容 ※時間内でご満足頂ける回答をご提供するため、お聞きになりたいことを具体的にお書きください。 なお、用紙が不足している場合には別紙に記入頂いても結構です。	
8. 主治医の医療機関名とお名前、 ご住所、連絡先 ※お分かりになる範囲で結構です。	() 病院、診療所 () 科 () 先生 住 所 TEL

●確定内容 (病院記載欄)

相談日時	年 月 日 () (時 分)
担当医師	科 医師
相談場所	診療科診察室・その他 ()

【連絡先】 〒524-8524 滋賀県守山市守山五丁目4番30号

滋賀県立総合病院 がん相談支援センター

電話 (077) 582-8141 FAX (077) 582-5073

受付時間 月～金 8時30分～17時15分 (祝日、年末年始は休業)