

横浜総合病院セカンドオピニオン外来申込書

私の病状について診断の内容や、現在及び今後の治療方法等に関するセカンドオピニオンの提供を、下記事項に同意の上、横浜総合病院に申し込みをいたします。

- 「セカンドオピニオン外来のご案内」の記載事項
- 訴訟の目的に使用しないこと
- 自由診療として定められた金額を支払うこと

平成 年 月 日

患者本人署名（19歳以上必須） _____ 印

本人以外の場合の相談者署名 _____ 印

希望診療科	科 希望医師名 ・なし
患者様のお名前 生年月日・年齢	ふりがな (大正・昭和・平成) 氏名 (男・女) 年 月 日 (歳)
患者様住所	〒
患者様連絡先	電話 携帯電話
相談者氏名・続柄	ふりがな 氏名 (続柄)
相談者住所	〒
相談者連絡先	電話 携帯電話
主治医の医療機関と お名前	病院・診療所 科 先生

(病院記入欄)

実施可否： 可・否 (否の場合理由：)

第1候補： 年 月 日 () 時 分 (担当医師)

第2候補： 年 月 日 () 時 分 (担当医師)

第3候補： 年 月 日 () 時 分 (担当医師)

診療情報提供書・血液検査記録・心電図・呼吸機能・脳波・XP・CT・MRI・超音波・病理検査報告書・その他 ()

受付者	担当医師	診療科長	連絡者	採番	予約登録
月 日 印	月 日 印	月 日 印	月 日 印	月 日 印	月 日 印