様式１

セカンドオピニオン外来申込書

訴訟等の目的に使用しないこと及び自由診療金として定められた金額を支払うことに
同意の上、下記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　　相談者氏名（ふりがな）　　印

（自署･押印願います）

患者	(ふりがな)		
	氏名　・性別	殿（男・女）	
	生年月日（年齢）	（大正,昭和,平成,令和）　年　月　日生（　歳）	
	住所	〒	
	連絡先	TEL（　-　-　）	FAX（　-　-　）
		携帯（　-　-　）	
相談者（3親等以内）	（ふりがな）	□患者本人	
	氏名　・続柄	□家族（氏名：（ふりがな）　続柄：　）	
	生年月日（年齢）	（大正,昭和,平成,令和）　年　月　日生（　歳）	
	住所	〒	
	連絡先	TEL（　-　-　）	FAX（　-　-　）
		携帯（　-　-　）	
相談同席者	氏名・続柄 ※ご家族に限ります	氏名：　続柄：	
		氏名：　続柄：	
		氏名：　続柄：	
相談内容	※具体的内容を記入してください。記入できない場合は別紙にて記入願います		
紹介元医療機関	医療機関名	（　）病院,診療所	
	主治医	（　）科（　）先生	
	住所,連絡先	住所：	
		TEL（　-　-　）FAX（　-　-　）	
	窓口担当者	担当部署：　担当者名：	
		TEL（　-　-　）FAX（　-　-　）	

社会医療法人　医翔会　札幌白石記念病院

２０２３．４.１作成