

# 小諸厚生総合病院 セカンドオピニオン外来 申込書

患者様の氏名・性別	ふりがな  殿 (男・女)
患者様の生年月日(年齢)	(大正・昭和・平成) 年 月 日生 (歳)
ご相談者の住所	〒
ご相談者の連絡先	TEL ( )
	FAX ( )
	屋間連絡可能な電話番号(携帯電話等) ( )
ご相談に来院される方	ご本人 ・ ご家族 (続柄 : )
疾患名	#1. #2. #3.
ご相談の具体的な内容 <small>(ご自由にお書きください。 用紙が不足している場合には 別紙でも結構です)</small>	
主治医の医療機関とお名前	( ) 病院 ・ 診療所  ( ) 科 ( ) 先生
主治医のご住所・連絡先 <small>(お分かりになる範囲で結構です)</small>	

※当院の専門医師による意見、判断を提供することにより、現在の治療に際しての参考にしていただくことを目的とし、自由診療として定められた料金であることに同意の上、上記の内容で貴院にセカンドオピニオン外来受診を申し込みます。

平成 年 月 日 氏名 \_\_\_\_\_ 印