

セカンドオピニオン相談 申込書兼同意書

栗原市立栗原中央病院 院長殿

私は、「セカンドオピニオンのご案内」の内容に同意しましたので、セカンドオピニオン相談を申し込みます。

また、相談の内容について私の主治医に対して報告されることに同意します。

年 月 日

相談者氏名 _____ 印

患者	ふりがな	男・女	生年月日
	氏名		大・昭 平・令 年 月 日 歳
	住所 〒		TEL — —
相談者	ふりがな	男・女	続柄
	氏名		本人 ・ 家族（続柄 ）
	住所 〒		TEL — — FAX — —
病名			
相談内容			
主治医	医療機関名		
	診療科名 （ 科） 医師名 （ 先生）		
※相談予約日について、都合の悪い日・時間がありましたらお知らせください。			
※当院の相談について、ご希望の診療科や医師がありましたらお知らせください。			