

# 砂川市立病院 セカンドオピニオン申込書

訴訟等の目的に使用しないこと及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上、以下の内容で、貴院のセカンドオピニオンを申し込みます。

令和 年 月 日 相談者氏名

患者名および性別	様 (男・女)
生年月日 (年齢)	(西暦) 年 月 日生 ( 歳)
住所	〒
相談者の連絡先	電話 ① ② F A X
相談者の続柄	本人 家族 ( ) その他
疾患名	1. 2. 3.
相談の具体的内容 (自由にお書きください。 用紙が不足している場合は別紙でも結構です)	
主治医の医療機関と お名前	
主治医の連絡先 (お分かりになる範囲で結構です)	〒 住所 電話 F A X