信州大学医学部附属病院セカンドオピニオン外来申込・同意書

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外来相談を申し込みます。

令和　　年　　月　　日　　ご相談者氏名　　印

ふりがな	
患者さん氏名、性別	殿　（男、女）
患者さん生年月日（年齢）	（大正、昭和、平成、令和）　年　月　日生（　歳）
ご相談者の住所	〒
患者さんの住所・ＴＥＬ （ご相談者と違う場合のみ記入）	〒 TEL　（　）
ご相談者の連絡先	TEL　（　） FAX　（　） 昼間連絡可能な番号(携帯電話等)　（　）
ご相談者の続柄	ご本人、　ご家族　（続柄　）
疾患名	＃１． ＃２．
ご相談の具体的な内容 （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。）	
主治医の医療機関名 診療科　医師名	（　）病院、診療所 （　）科（　）先生
上記医療機関の住所･連絡先(TEL) （お分かりになる範囲で結構です）	

信州大学医学部附属病院　患者サポートセンター セカンドオピニオン外来　FAX：0263－37－3371

（当院使用欄）

実施日：　　担当者サイン