様式1

セカンドオピニオン相談　＜申込書＞

「セカンドオピニオン相談のご案内」の内容に同意の上で、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、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 氏　名	男・女	生年月日 明・大・昭・平　　年　　月　　日	(　　)歳
	住所　〒(　　－　　)		TEL　　－　　－	
相談者	ふりがな 氏　名	男・女	続柄 本人　・　家族（続柄　　）	
	住所　〒(　　－　　)		TEL　　－　　－ FAX　　－　　－	
病　名				
相談内容				
主治医	医療機関名 (　　)科　　(　　)先生			

※相談予約日について、ご都合の悪い日・時間がありましたら、お知らせください

※当院の相談担当者について、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

石巻赤十字病院