

あさかホスピタルセカンドオピニオン外来 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外来を申し込みます。

令和 年 月 日 氏名 印

患者さまの情報	フリガナ 氏名				(男・女)
	当院受診歴の有無	有 ・ 無			
	生年月日(年齢)	(大・昭・平・令)	年	月	日 ( 歳)
	住所	〒			
	連絡先	電話	( )		
	FAX	( )			
相談者(続柄)	本人 ・ 家族 (続柄 )				
相談者情報 * 相談者が本人以外の 場合ご記入ください	フリガナ 氏名				
	連絡先	電話	( )		
	FAX	( )			

\*こちらにご記入いただいた内容をもとに医師と調整いたしますので、できるだけ詳しくご記入ください。

疾患名	1				
	2				
	3				
ご相談の 具体的な内容 (ご自由にお書きくだ さい。ただし、主治医 等に対する不満、転 院希望や裁判関係な どに関わる事項はご 遠慮ください。別紙で も結構です。)					
現在の状況	入院中 ・ 通院中				
現在受診されてい る病(医)院につい て	病(医)院名				
	診療科		医師名		
	連絡先	電話	( )	FAX	( )

※送付先 社会医療法人 あさかホスピタル 地域連携室  
〒963-0198 福島県郡山市安積町笹川経坦45  
TEL 024-945-1701 FAX 024-945-1751

令和 年 月 日( ) 時 分  
当院から連絡した予約相談日時