

岡山中央病院 セカンドオピニオン申込書

訴訟など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、下記内容でセカンドオピニオンに申し込みます。

- (1) 説明の際に得た資料を第三者へ提供すること
- (2) 相談中に相談内容を録音すること

年 月 日 ご相談者名 _____ 印

※こちらの申込書を記載の上、FAXもしくは郵送にてお申し込みください。

申し込み先 岡山中央病院 地域連携室 FAX番号 (086-252-3929)

患者様氏名	ふりがな	性別	生年月日	年齢
		男・女	大・昭・平・令 年 月 日	
住所			連絡先	
〒 -			(TEL)	
			(携帯)	
			(FAX)	
相談にお越しになられる方	患者様ご本人 ・ 患者様と付添いの方同伴 ・ 代理人のみ※(別紙同意書必用)			
ご相談者氏名	ふりがな	続柄	ご住所・TEL・FAX	
		男・女	〒	
			(TEL)	
			(携帯)	
			(FAX)	
相談希望科			相談希望医師	
疾患名				
相談内容 出来るだけ詳しく ご記入ください。	ご相談目的及び今までの経過			
	患者さんの現在の状況(入院中・外来通院中)			
	その他自由にご記載ください			
現在かかっている医療機関と主治医名	医療機関名：			
	主治医名：		科	先生
当日の持参物	主治医の先生からの紹介状:(あり ・ なし) ※出来る限りの検査データ、画像フィルム等資料もお借りしてご持参ください			