

# 深谷赤十字病院 セカンドオピニオン申込書

申込日：平成 年 月 日

訴訟などのセカンドオピニオン以外の目的で使用しないこと、主治医あてに報告書が作成される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したうえで申込みます。

患者さんのお名前・性別	フリガナ 様 男・女	生年月日	明・大 昭・平	年	月	日
					( )	才
患者さんのご住所・連絡先	住所	〒				
	電話		FAX			
相談者のお名前		患者さんとの関係				
相談者のご住所・連絡先	住所	〒				
	電話		FAX			
疾患名 〔わかる範囲内でお書きください〕	1 . 2 . 3 .					
ご相談内容 〔ご自由にお書きください〕						
希望相談時間 ( 印を付けてください)	30分以内 ・ 60分以内					
現在受診している医療機関名等  診療情報提供書を発行した医療機関1ヶ所	住所	〒				
	医療機関名					
	診療科名	科	医師名 (主治医)	先生		

上の太枠内にご記入のうえお申込みください

お問合せ先：深谷赤十字病院 地域医療連携室

住 所：〒366-0052 埼玉県深谷市上柴町西5-8-1

電 話：048-571-1511 (代表)

F A X：048-575-1512

当院 処理 欄	予約日時	平成	年	月	日	午前・午後	時	分
	担当医師	科	先生	報告書確認	平成	年	月	日