福山市民病院セカンドオピニオン外来　申込書

自由診療料金として定められた金額を支払うこと及び私の主治医宛ての報告書が作成されることに同意のうえ、セカンドオピニオンを申し込みます。

申込日　　年　　月　　日

フリガナ 患者名前		男・女	生年月日	年　月　日（　歳）
患者連絡先	〒			
	電話		FAX	
フリガナ 相談者名前		男・女	生年月日	年　月　日
患者との続柄		来院予定人数		
相談者連絡先	〒			
	電話		FAX	
医療機関	医療機関名 診療科名		主治医	先生
現在の状態	□入院中　□通院中　□その他（　）			

相談内容　（相談内容を詳細にご記入ください。欄が足りない場合は別紙にご記入ください。）

※記入いただいた個人情報はセカンドオピニオンの提供に利用するものであり、この目的以外には使用しません。