神戸赤十字病院　セカンドオピニオン外来受診申込書

セカンドオピニオンとは、現在の自分の症状や治療内容、今後の治療方針について、主治医以外の意見、判断を求めて、患者さまが納得して治療を受けられるための判断材料にしていただくためのものです。

上記の内容を理解し、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うえ、以下の内容で、貴院のセカンドオピニオンを申し込みます。

令和　　年　　月　　日　　ご相談者氏名　　印

患者さま	フリガナ 氏名	男 女	生年月日 大・昭・平・令　　年　　月　　日	歳
	〒 住所		Tel　（　　－　　－　　）	
相 談 者	フリガナ 氏名	相談者続柄	Tel　（　　－　　－　　） FAX　（　　－　　－　　） 携帯　（　　－　　－　　）	
病名			【　　】科を希望	
相談目的				
今までの経過				
現在の状況				

受診している医療機関

病院名：　　住所：

主治医：　　科　　先生

資　料：　手元にある　・　これから準備（　　月　　日迄に揃う予定）

［紹介状　・　画像　・　画像データ（　　）・その他（　　）］

相談日について（月～金の 14：30～16：30）ご都合の悪い日・時間をお知らせ下さい。

神戸赤十字病院　地域医療連携室　FAX：078-241-9265