

倉敷市立市民病院 セカンドオピニオン申込書

患者様氏名：【	】
ふりがな：【	】
生年月日：【 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 】
性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
住所：【〒 - 県 市	】
連絡先①（ ）-（ ）-（ ）	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> FAX
連絡先②（ ）-（ ）-（ ）	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> FAX

セカンドオピニオンにご来院されるのが**患者本人以外の場合**は下記にご記入ください。

また、**別紙（委任状）にも必要事項をご記入ください。**

(代理人)	
ご相談者氏名：【	】
ふりがな：【	】
続柄：【	】
連絡先①（ ）-（ ）-（ ）	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> FAX
連絡先②（ ）-（ ）-（ ）	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> FAX

①ご相談したいこと・今までの経過（疾患名・治療経過等）		
<div style="border: 1px solid black; height: 100px;"></div>		
②相談希望の診療科 <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 産婦人科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> その他（ ）科		
③相談希望時間： <input type="checkbox"/> 30分 <input type="checkbox"/> 60分		
④患者様本人の現状の状況		
<input type="checkbox"/> 在宅療養中 <input type="checkbox"/> 入院中（入院先： ） <input type="checkbox"/> 施設入所中（施設名： ）		
⑤かかりつけ医療機関（入院先・外来通院先の医療機関）		
医療機関名称：【	】	
診療科：【	】科 主治医：【	】先生
⑥来院時にご持参いただける紹介状や検査データ	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

【利用同意】

別紙「倉敷市立児島市民病院セカンドオピニオン外来に関する規約」を同意・了承いたします。また、自由診療料金である指定された金額をお支払いすることを誓約いたします。

令和 年 月 日

同意者氏名：【

】 ㊞
(患者本人 患者代理人・相談者)