

みやぎ県南中核病院セカンドオピニオン外来 申込書兼同意書

セカンドオピニオン外来の案内内容を十分に理解し、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上、貴院のセカンドオピニオン外来を申し込みます。

平成 年 月 日 申込者

印

患者情報	ふりがな 氏名 (男 ・ 女)	
	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 ()歳	TEL - -
	ご住所 〒 (-)	
	当院受診歴 (有 ・ 無) 年 月 受診	
ご相談者 (ご本人の場合は記載不要)	ふりがな 氏名 (男 ・ 女)	
	ご相談者の続柄 ご本人 ・ ご家族 (続柄)	TEL - -
	ご住所 〒 (-)	
病名		
ご相談の具体的な内容 (ご自由にお書きください)		
ご相談希望日	第一希望 年 月 日 () 第二希望 年 月 日 ()	
主治医 (紹介元)	医療機関お名前 ()病院 ・ 診療所 ()科 ()先生	
主治医連絡先 (分かる範囲で結構です)		

〒989-1253 宮城県柴田郡大河原町字西38番地1
みやぎ県南中核病院 地域医療連携室
TEL 0224-51-5526 / FAX 0224-51-5506

本院からの連絡予約日時：平成 年 月 日 () 時 分 科