

セカンドオピニオン外来申込書

大阪赤十字病院 御中

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、以下の内容で、貴院のセカンドオピニオン外来受診を申し込みます。

令和 年 月 日

相談者氏名

印

フリガナ	
患者さん氏名（性別）	（ 男 ・ 女 ）
患者さん生年月日（年齢）	（大正、昭和、平成、令和） 年 月 日生 （ 歳）
患者さんのご住所と電話番号	〒 - TEL : ()
ご相談者の連絡先	TEL : () FAX : ()
ご相談者	<input type="checkbox"/> 患者さんご本人（患者さんご本人とご家族） <input type="checkbox"/> ご家族のみ（続柄 ）
患者さんの疾患名	# 1. # 2.
ご希望の診療科	科
ご相談の具体的な内容 ※時間内でご満足頂ける回答 をご提供するため、お聞きに なりたいことを具体的にあげ てお書き下さい。用紙が不足 している場合には別紙でも結 構です。	
主治医の医療機関名、住所、 電話番号、診療科及び氏名 ※お分かりになる範囲で結 構です。	() 病院・診療所 住 所 : TEL : () 科 () 先生

●確定内容（病院記載欄）

相談日時	年 月 日 (時 分)
担当医	科
相談場所	診療科診察室・その他 ()

※お申込み先：大阪赤十字病院セカンドオピニオン外来受付 TEL：06-6774-5132
FAX：06-6774-5031