

オンライン・セカンドオピニオン外来 申込書

様式1

滋賀県立総合病院 御中

訴訟等の目的に使用しないこと、およ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、貴院のオンライン・セカンドオピニオン外来受診を申し込みます

年 月 日

氏 名 _____ 印

(自署の場合、押印は不要です)

●患者もしくは家族が記入

1. 患者氏名、性別	フリガナ (男・女)
2. 生年月日(年齢)	(昭和・平成・令和) 年 月 日生 (歳)
3. 住所	〒
4. 相談者の氏名、連絡先 ※相談者が患者本人の場合は、 氏名の記入は不要 TEL は、受診当日の緊急連絡に 使用しますので、当日連絡がつく 番号を記入してください	氏 名 : TEL : FAX : メールアドレス :
5. 相談者の続柄	☐ 本人 ☐ 家族(続柄)
6. 疾患名	
7. 相談の具体的な内容 お聞きになりたいことを具体的に 記入してください ※記入欄が足りない場合は別紙 作成可	
8. 現在受診中の医療機関名と主治医 名、住所、連絡先を記入してください ※わかる範囲で記入	()病院 、 診療所 ()科、 ()先生 住 所 : T E L :

【連絡先】 〒524-8524 滋賀県守山市守山五丁目4番30号
滋賀県立総合病院 がん相談支援センター
TEL (077)582-8141
FAX (077)582-5073

※受付時間 月～金 8時30分～17時15分(祝日、年末年始は休業)

2026 年 8 月作成