

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 _____ ㊞

(自署の場合、押印は不要です)

●患者さんもしくはご家族が記入

1. 患者さんの氏名、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 ※患者さんの場合は、氏名の 記入不要	氏 名 _____ TEL () _____ FAX () _____ Eメール _____
5. 相談者の続柄	☐ 本人 ☐ 家族(続柄 _____)
6. 疾患名	1. _____ 2. _____ 3. _____
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 記入可	
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 _____ TEL _____

●確定内容 (病院記載欄)

相 談 日 時	年 月 日 () (時 分)
担 当 医 師	科 _____ 医師 _____
相 談 場 所	診療科診察室・その他 ()

【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

電話 (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)