

徳島県鳴門病院 セカンドオピニオン 申込書

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を申し込みます。

令和 年 月 日 氏名

患者名	フリガナ お名前	
	生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 生 (歳)
	ご住所	〒
ご相談者	フリガナ お名前	
	ご連絡先	TEL
		FAX
ご相談者の続柄	ご本人 ・ ご家族 (続柄)	
疾患名	(1)	
	(2)	
	(3)	
ご相談の具体的な内容 (相談目的、現在の病状、現在までの経過をご記入ください。)		
主治医の医療機関・ お名前・所在地・ 電話番号・FAX番号 (お分かりになる範囲で 結構です。)	() 病院 ・ 診療所	
	() 科 () 先生	
	所在地	
	TEL	
	FAX	

* ご相談当日には、紹介状及びできる限りの検査資料・画像資料をお借りしてお持ちください。

【徳島県鳴門病院地域医療連携室】

TEL 088-683-0011(内線 1106) FAX 088-683-1862