北関東循環器病院

セカンドオピニオン外来、プライマリーコンサルテーション外来

申　込　書

私の病状について、下記事項に同意の上、北関東循環器病院に
（どちらかを選択してください）

☐セカンドオピニオン　　☐プライマリーコンサルテーション

を申し込みいたします。

- ✓ 「セカンドオピニオン外来、プライマリーコンサルテーション外来のご案内」の記載事項
- ✓ 訴訟の目的に使用しないこと
- ✓ 自由診療料金として定められた金額を支払うこと

平成　　年　　月　　日

患者本人署名（原則として 18 歳未満以外必須）　　㊞
本人以外の場合の相談者署名　　㊞

ご相談者	☐本人　　☐家族
患者氏名、性別 生年月日(年齢)	氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　男 ・ 女　） （ 大正、昭和、平成 ）　　年　　月　　日生（　　歳）
(患者ご本人が来院できない場合) ご相談者氏名	氏 名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿(続柄：　　)
ご相談者の連絡先	住所 ＴＥＬ　　（　　）　　ＦＡＸ　　（　　）
セカンドオピニオン外来の場合 主治医の医療機関とお名前	（　　）病院、診療所、医院 （　　）科　（　　）先生
ご相談内容	