

高松赤十字病院セカンドオピニオン外来 申込書

私の病状についての診断の内容や、現在および今後の治療法等に関するセカンドオピニオンの提供を、下記事項に同意の上、高松赤十字病院に申し込みをいたします。

- 「セカンドオピニオン外来のご案内」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

年 月 日

患者本人署名（原則として18歳未満以外必須）

印

本人以外の場合の相談者署名

印

相談者	<input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 家族
希望診療科	科
患者氏名、性別	<small>ふりがな</small> 氏名 _____ (男・女)
生年月日(年齢)	(大正、昭和、平成、令和) 年 月 日生 (歳)
相談者氏名	<small>ふりがな</small> 氏名 _____ (続柄: _____)
相談者の連絡先	住所: 〒 _____
	TEL: () FAX: ()
希望日または ご都合の悪い日	第1希望 年 月 日 (曜日) 時
	第2希望 年 月 日 (曜日) 時
	(1ヵ月以内でご都合の悪い日があれば記入してください)
主治医の医療機関 とお名前	() 病院、診療所 () 科 () 先生

<病院側記入欄>

申込書受理日	実施日時	担当医師	診察室	連絡日(担当)
年 月 日	年 月 日 時~			年 月 日
備考				

連絡先：高松赤十字病院 地域医療室

〒760-0017 高松市番町4丁目1番3号 TEL: 087-831-8131 (直通) FAX: 087-863-4060 (直通)