

金沢赤十字病院セカンドオピニオン外来 申込書

転院を目的とした相談ではないこと、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られ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外来相談を申し込みます。

患者さん氏名、性別	(フリガナ)	(男・女)
患者さんの生年月日(年齢)	(大正・昭和・平成) 年 月 日生 (満 歳)	
ご相談に来られる方	患者さん本人	家族
ご相談者の住所	〒	
ご相談者の連絡先	電話	— —
	FAX	— —
疾患名		
ご相談の具体的内容 (ご自由にお書き下さい。 用紙不足の場合は別紙 でもかまいません。)		
主治医の医療機関名 とお名前	() 病院・診療所・医院 () 科 () 先生	
(フリガナ)		
平成 年 月 日	ご相談者氏名	印

お問合せ及び送付先	受付日時(記入不要)
金沢赤十字病院 地域医療連携室 TEL 076 - 242 - 9828 FAX 076 - 242 - 9827	平成 年 月 日 (AM ・ PM) 時 分