

## セカンドオピニオン外来 申込書

小松市民病院長 様

訴訟・医療トラブル等に使用しないことおよび、料金は自己負担であることに同意の上、セカンドオピニオン外来の予約を申し込みます。

年 月 日

患者氏名	(ふりがな)  (男・女)
生年月日 (年齢)	大・昭 平・令 年 月 日 ( 歳)
患者住所	〒
相談者氏名 (患者本人以外の場合)	(ふりがな) (続柄)
相談者の連絡先	TEL
相談内容	
現在治療中の 医療機関名 主治医名	医療機関名： 診療科： 主治医名： 連絡先：