滋賀医科大学医学部附属病院セカンドオピニオン外来　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の受診を申し込みます。

記入日　　年　　月　　日　　申込者（相談者）氏名　　印

（フリガナ）		性別	生年月日	年　月　日
対象者氏名 （患者様氏名）		男 女		（　　）歳
住　所	〒 電 話　　FAX			
（フリガナ）		性別	生年月日	年　月　日
相談者氏名 （連絡先）	※対象者と同じ場合は続柄以外省略可	男 女	患者との続柄	ご本人、ご家族（続柄　　）
住　所 （連絡先）	〒 電 話　　FAX			
疾患名	1. 2. 3.			

ご相談の具体的な内容

（ご自由にお書きください。ただし、過去の医療に関する事項で主治医等に対する不満、転医希望やカウンセリング若しくは裁判関係や診療録開示に関わる事項はご遠慮ください。別紙でも結構です。）

ご都合の悪い日：

主治医の医療機関とお名前

（　　）病 院

（　　）科　（　　）先 生

医療機関住所および連絡先　（お分かりになる範囲で結構です。）

〒

電 話　　FAX

※以下は、記入しないでください。

受付番号		受付年月日	年　月　日
担当診療科		相談医師への確認	
相談日時	年　月　日（　　）　時　分		