

公立甲賀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およ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、公立甲賀病院のセカンドオピニオン外来の受診を申し込みます。

平成 年 月 日

申込者氏名 _____ 印

ふりがな 対象者 氏 名	年 齢 (歳)
生年月日 (大正・昭和・平成) 年 月 日	性 別 (男・女)
住 所 〒	
電 話 () -	FAX () -
ふりがな 相談者 氏 名	対象者との続柄
生年月日 (大正・昭和・平成) 年 月 日	性 別 (男・女)
住 所 〒	
電 話 () -	FAX () -
疾患名 1. 2. 3.	
ご相談の具体的な内容 (ご満足頂ける回答をご提供するため、お聞きになりたいことを具体的にお書き下さい。)	
主治医の医療機関とお名前 医療機関 () 診 療 科 (科) 主治医 (先生)	
上記、医療機関の住所、連絡先 (お分かりになる範囲で結構です。) 住 所 〒 電 話 FAX	

確定内容 (病院記載欄)

相談日時	年 月 日 () 時 分
担当医師	科
相談場所	診療科診察室 ・ その他 ()