

紀泉KDクリニック 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8800円(税込み)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受診を申し込みます。

平成 年 月 日 氏名 ⑩

患者さま情報	フリガナ			男・女
	氏名			
	当院受診歴の有無	(有・無)		
	生年月日(年齢)	(大正・昭和・平成) 年 月 日 (歳)		
	住所	〒 -		
	連絡先	TEL ()	FAX ()	
相談に来られる方	本人・家族(続柄:)			
相談者情報	フリガナ			
	氏名			
	連絡先	TEL ()	FAX ()	
※日中連絡の取れる連絡先をご記入下さい				
疾患名	#1 #2			
相談の具体的な内容				
紹介元医療機関	科			病院 診療所 先生

【同意書】 ※ご家族のみで相談する場合は必ず下記にもご記入ください。

<p>私(患者さま氏名)_____は、(相談者)_____に対して、 貴院担当医が私の疾患についての診断および治療内容、今後の見通しにつきまして 意見や判断を述べ、私の主治医あての報告書を作成されることに同意いたします。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">患者様氏名 _____ ⑩</p> <p style="text-align: right;">保護者氏名 _____ ⑩</p>
--

送付先 〒640-8471 和歌山県和歌山市善明寺358-1
医療法人 博文会 紀泉KDクリニック TEL:073-454-5515 FAX:073-454-5565

※記入しないでください 予約日時: 年 月 日 時 分