

# 北関東循環器病院

## セカンドオピニオン外来、プライマリーコンサルテーション外来

### 申 込 書

私の病状について、下記事項に同意の上、北関東循環器病院に  
(どちらかを選択してください)

セカンドオピニオン

プライマリーコンサルテーション

を申し込みいたします。

- ✓ 「セカンドオピニオン外来、プライマリーコンサルテーション外来のご案内」の記載事項
- ✓ 訴訟の目的に使用しないこと
- ✓ 自由診療料金として定められた金額を支払うこと

20 年 月 日

患者本人署名 (原則として 18 歳未満以外必須)

印

本人以外の場合の相談者署名

印

ご相談者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族
患者氏名、性別 生年月日(年齢)	氏 名 _____ ( 男 ・ 女 ) ( 大正 昭和 平成 ) 年 月 日生 ( 歳 )
(患者ご本人が来院できない場合) ご相談者氏名	氏 名 _____ (続柄: _____)
ご相談者の連絡先	住所 TEL ( ) FAX ( )
セカンドオピニオン外来の場合 主治医の医療機関とお名前	( ) 病院 診療所 医院 ( ) 科 ( ) 先生
ご相談内容	