

## 佐久総合病院セカンドオピニオン外来 申込書

患者様の氏名・フリガナ・性別	_____ 殿 (男・女)
生年月日(年齢)	(大正・昭和・平成) 年 月 日生 ( 歳)
ご住所	〒 _____
ご相談者の連絡先	TEL ( ) FAX ( ) Eメール _____
ご相談に来院される方	ご本人・ご家族(続柄 _____)
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。 用紙が不足している場合には 別紙でも結構です。)	
主治医の医療機関とお名前	( _____ )病院、診療所 ( _____ )科( _____ )先生
主治医のご住所、連絡先 (お分かりになる範囲で結構です)	

当院の専門医師による意見、判断を提供することにより 現在の治療に際しての参考にさせていただくことを目的とし、自由診療として定められた料金であることに同意の上、上記の内容で、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 \_\_\_\_\_ 印