

がんに関するセカンドオピニオン外来申込書

私は、今後の治療法について参考意見の提供を目的として、貴院のセカンドオピニオン外来を申し込みのことであり、訴訟や転院などを目的とした意見の提供を受けるものではありません。
また、セカンドオピニオン外来は、自由診療であることを認識しており、貴院の定められた料金を支払います。

以上のことを理解し、栃木県済生会宇都宮病院のセカンドオピニオン外来を申し込みます。

お申し込み年月日 令和 年 月 日

お申し込み者（ご相談者）氏名 _____ 印

患者様の氏名・性別 <small>ふりがな</small>	ふりがな _____様（男・女）
患者様の生年月日（年齢）	（大正・昭和・平成・令和） 年 月 日（ 歳）
患者様のご住所	〒 _____
患者様の連絡先	TEL () FAX ()
ご相談者の連絡先	TEL () FAX ()
ご相談者の続柄	ご本人 ・ ご家族（続柄 _____）

