

セカンドオピニオン外来予約申込書

私の病状についての診断の内容や、現在および今後の治療方法等に関するセカンドオピニオン外来を申込みます。

また、セカンドオピニオン外来の内容は、訴訟等の目的に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します。

平成 年 月 日

患者本人署名
(原則として18歳未満以外必須)

本人以外の場合の相談者署名

| | | | |
|-----------------------------------|--|---|--|
| ふりがな | | | |
| 患者氏名 | | | |
| 患者本人の生年月日 | | | |
| 山形大学医学部附属病院の受診歴 | | | |
| 患者住所 | | | |
| 患者電話番号 | | | |
| 患者以外の連絡先 | 連絡先氏名 | 続柄 | |
| 連絡可能な時間帯 | | | |
| 予約不可能な日 | | | |
| セカンドオピニオンに来られるか | <input type="checkbox"/> 患者本人のみ <input type="checkbox"/> 患者本人とご家族など <input type="checkbox"/> ご家族等のみ <input type="checkbox"/> その他(| | |
| 疾患名 | | | |
| 事前提出できる資料 | <input type="checkbox"/> 診療情報提供書(紹介状) <input type="checkbox"/> 検査データ <input type="checkbox"/> 画像 <input type="checkbox"/> その他 | 返却について <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 | |
| ご相談内容 (意見を求めたい内容などを簡単にご記入ください) | | | |
| 希望診療科名 (ご希望に添えない場合もありますのでご了承ください) | | | |

下記は記入しないでください

| | | | |
|----------|---------------------|-------|---|
| 申込書受理日 | 平成 年 月 日 | 受理者 | |
| 予約日 | 平成 年 月 日 () | 午前・午後 | : |
| 担当診療科名 | | 担当医師 | |
| 患者等への連絡日 | 平成 年 月 日 (FAX 電話) | | |
| 備考 | | | |

