

セカンドオピニオン外来 申込書

自由診療として定められた料金を支払うことを了承した上で、貴院の医師による意見や判断により現在の治療法を選ぶ際の参考にするために、セカンドオピニオン外来を申し込みます。

ご相談者 氏名 (患者さんとの続柄:)

(患者さん本人または患者さんの同意を得ているご家族)

◆患者さん情報

ふりがな 氏名		男 女	生年月日	大正 昭和 平成 令和	年 月 日生(歳)
連絡先	(住所) 〒 (TEL) (携帯電話) (FAX)				
相談者の 連絡先	(住所) 〒 (TEL) (携帯電話) (FAX)				
相談を希望 する診療科	科	相談を希望する医師		医師	
ご相談の目的					
これまでの経過					

◆現在かかられている医療機関について

医療機関名	入院 ・ 外来		
診療科	主治医		
住所	〒		
電話番号	FAX番号		

* 当日は、できる限りの検査資料をお借りしてお持ちください。尚、持参する資料は相談者が保管責任者となります。

お問い合わせ先
秋田厚生医療センター 地域医療連携室
〒011-0948 秋田市飯島西袋1丁目1-1
TEL 018-880-3050(直通)