

# 千葉大学医学部附属病院 セカンドオピニオン外来申込書

平成 年 月 日

訴訟等の目的に使用しないこと及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の上、以下の内容で、貴院のセカンドオピニオン外来診療を申し込みます

患者様のお名前・性別	男・女		
生年月日	大正・昭和・平成	年	月 日 ( 歳)
相談者氏名 (患者様ご本人又は患者様の同意を得ているご家族)		患者様 との続柄	
ご相談者の住所および 連絡方法	〒  TEL :           —       — FAX :           —       — Eメール :		
疾患名	* * *		
ご相談の内容 (ご自由にお書きください。書ききれない場合は、別紙にお書きください。)			
患者様の現在の状況	入院中       通院中  入院先または通院先医療機関名および主治医のお名前 所在地：  医療機関名：                   病院                   科                   先生		

以下、記入しないでください。

受付番号		受付年月日	平成 年 月 日
担当診療科		相談医師への確認	
相談日時	平成 年 月 日 ( ) 時 分		