千葉大学医学部附属病院 総合診療科 セカンドオピニオン外来申込書

西暦　　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。

患者氏名・性別・フリガナ	フリガナ 男 ・ 女		
生年月日・年齢	西暦　　年　　月　　日　（　　歳）		
千葉大学病院受診歴 （受診登録カード番号）	あり　　・　　なし （番号：　　）		
相談者氏名 （患者ご本人又は患者の同意を得ているご家族）		患者との続柄	
相談者の住所及び連絡方法 （日中連絡可能な番号）	〒 Tel：　　携帯電話：		
疾患名			
相談の内容 （ご自由にお書きください）			
患者ご本人の現在の状況	□入院中　□通院中　（✓してください） 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： 診療科：　　科 主治医氏名：		

本申込書と診療情報（紹介状やお薬手帳、各種検査結果等）は、受診当日に記入の上、持参下さい。