

横浜労災病院セカンドオピニオン外来申込書

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の提供を、訴訟の目的に使用しないこと、自由診療料金として定められた金額を支払うこと並びに「セカンドオピニオン外来のお知らせ」の記載事項に同意の上、横浜労災病院に申し込みいたします。

年 月 日

患者本人署名（原則として18歳未満以外必須） _____ 印

本人以外の場合の相談者署名 _____ 印

| | |
|----------|---|
| 相談者 | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 |
| 希望診療科 | _____ 科 |
| 患者氏名 | フリガナ 氏名 _____ |
| 生年月日（年齢） | 年 月 日（ 才 ） |
| 相談者氏名 | フリガナ 氏名 _____（続柄： ） |
| 相談者の連絡先 | 住所： TEL： （ ） FAX： （ ） |
| 主治医の医療機関 | （ ） 病院・診療所 （ ） 科（ ） 先生 |
| とお名前 | 住所： TEL： （ ） FAX： （ ） |

（ 病院記入欄 ）

| 実施の可否 | 可 ・ 否（否の場合は、理由書を作成ください。申込者に送付します。） | 受付担当 | 部長確認 |
|--------|---|------|------|
| 相談予定日 | 第1候補： 年 月 日 時 分（担当医師： ） | | |
| | 第2候補： 年 月 日 時 分（担当医師： ） | | |
| | 第3候補： 年 月 日 時 分（担当医師： ） | | |
| 申込書受領日 | 年 月 日 | | |
| 連絡日時 | 年 月 日 時 分 連絡担当者： | | |
| 備考 | | | |