

セカンドオピニオン 申込書

軽井沢町国民健康保険軽井沢病院

| | |
|--------------------|--|
| 患者様の氏名（フリガナ） 性別 | (男・女) |
| 生年月日 | (大正・昭和・平成・令和) 年 月 日生 (歳) |
| 住所・電話番号 | 〒 TEL FAX |
| 相談に来院される方 | ご本人・ご家族(続柄) 氏名 |
| 相談者の住所・連絡先 | 〒 TEL FAX |
| ご相談内容 | 1. 疾患名 () 2. 具体的内容 3. 特に配慮が必要な事柄 |
| 患者様の状況 | 入院中・通院中・その他 () 受診科 (科) 担当医 (先生) 医療機関名 所在地 〒 TEL FAX |

専門医師の意見・判断の提供を現在の治療の参考とするため、自由診療として定められた
料金であることを同意の上、上記の内容で貴院のセカンドオピニオンの受診を申し込みます。

令和 年 月 日

氏名

印