

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