

岩手県立磐井病院 セカンドオピニオン外来受診申込書

岩手県立磐井病院 御中

訴訟等の目的に使用しないこと及び受診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の受診を申し込みます。

年 月 日

相談者氏名 _____ 印

患者様氏名	(ふりがな) _____	性別	男 ・ 女
患者様生年月日 (年齢)	明治・大正・昭和・平成 _____ 年 月 日 (_____ 歳) 西 暦		
患者様住所・電話番号	〒 _____ TEL : _____ (_____)		
ご相談者	<input type="checkbox"/> 患者様ご本人 (患者様ご本人とご家族) <input type="checkbox"/> ご家族のみ (続柄 _____)		
ご相談者の連絡先	TEL : _____ (_____) ←患者様ご本人の場合は記入不要です。 携帯電話 : _____ (_____) FAX : _____ (_____)		
患者様の疾患名	① _____ ② _____		
ご相談の具体的な内容	※時間内でできるだけご満足いただける回答を提供させていただくため、お聞きになりたいことを具体的に記入されますようお願いいたします。用紙が不足する場合は、別紙でもかまいません。		
主治医の医療機関名・住所・電話番号・診療科及び氏名 ※お分かりになる範囲で結構です。	病院・診療所 住 所 : _____ TEL : _____ (_____) _____ 科 _____ 先生		

●受診可否・受診予約内容

受診の可否	可 ・ 否 (可否決定医師 : _____)
受診日時	_____ 年 月 日 (_____) _____ 時 _____ 分
相談担当医	_____ 科
相談場所	救急外来診察室 (_____) ・ 診療科診察室 (_____) ・ その他 (_____)

※ お申し込み先 : 岩手県立磐井病院 地域医療福祉連携室 (セカンドオピニオン外来問い合わせ窓口)
 〒029-0192 岩手県一関市狐禅寺字大平17番地
 TEL : 0191-23-3452 FAX : 0191-23-9691