

市立釧路総合病院・セカンドオピニオン申込書

訴訟等目的に使用しないこと、およ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うえ、以下の内容で貴院のセカンドオピニオンに申込みます。

申込日 平成 年 月 日

患者様氏名	印	男・女
生年月日	明治・昭和 大正・平成 年 月 日	歳
患者様住所	〒 TEL - -	
ご相談者	ご本人・ご家族等（続柄）	
疾患名	① ② ③	
ご相談の内容		
受診医療機関	名称	
	電話番号	
ご担当医	診療科	科
	お名前	