

別紙様式 1

セカンドオピニオン外来申込書

訴訟等の目的に使用しないこと、自由診療料金として11,000円を支払うことを了承の上で、受療医療機関からの診療情報提供書および資料等を準備して、以下の通り新潟県立新発田病院のセカンドオピニオン外来を申し込みます。

令和 年 月 日

相談者が患者さん本人の場合

ふりがな			
氏名			性別 (男・女)
生年月日	昭和・平成・令和	年 月 日	
住所	〒 電話 () -		

相談者がご家族等の場合（患者さん本人の同意書が必要です。ただし小児や本人が意思を示すことができない場合、同意書は必要ありません。）

ふりがな			
相談者氏名			性別 (男・女)
相談者生年月日	昭和・平成・令和	年 月 日	
相談者住所	〒 電話 () -		
本人との続柄			

疾患名		来院者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 相談者のみ <input type="checkbox"/> 本人と相談者
希望する診療科		来院歴	<input type="checkbox"/> あり 最終 年 月 <input type="checkbox"/> なし
ご相談の内容			
受療医療機関	医療機関名称 診療科 主治医名	現在	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院中

新発田病院使用欄

外来予約日	場所	説明医師	連絡日	担当
月 日	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> その他		月 日	
持参された資料	診療情報提供書・XP・CT・MR・内視鏡・超音波・検査記録・その他			