

## 松阪市民病院オンライン・セカンドオピニオン外来 申込書

私の病状について診断の内容や、現在および今後の治療法などに関するセカンドオピニオンの提供を  
下記事項に同意の上、松阪市民病院に申し込みを致します。

- 「セカンドオピニオン外来のご案内」の記載事項
- 訴訟の目的に使用しないこと
- 自由診療料金として定められた金額を支払うこと

令和            年            月            日

患者本人署名 \_\_\_\_\_

本人以外の場合の相談者署名 \_\_\_\_\_

相談者	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 家族
患者氏名・性別	(男・女)	
生年月日	(大・昭・平・令・西暦)            年            月            日	
現在の年齢	歳	
相談者氏名		続柄
相談者の連絡先	住所：	〒
	TEL：	
	携帯：	
	その他：	
現在受診中の医療機関名	病院・診療所	
診療科・主治医氏名	科	先生

病院記入欄

実施の可否	可	否				
相談予定日	第1候補	年	月	日 ( )	:	~
	第2候補	年	月	日 ( )	:	~
	第3候補	年	月	日 ( )	:	~
備考					事前連絡	月    日    済