

# 健康保険 人吉総合病院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及び当院への転院目的ではないことに同意の上、以下の内容で、貴院のセカンドオピニオン外来受診を申し込みます。

平成 年 月 日 氏名 \_\_\_\_\_ 印

患者様の氏名・性別	_____ 様 (男・女)
生年月日(年齢)	(大正・昭和・平成) 年 月 日生 (歳)
ご住所	〒
ご相談者の連絡先	電話 FAX Eメール
ご相談者の継続	ご本人・ご家族(続柄 _____)
疾患名	#1. #2. #3. #4.
ご相談の具体的な内容(ご自由にお書き下さい。用紙が不足している場合には別紙でも結構です。)	
主治医の医療機関とお名前	( _____ ) 病院・診療所・医院 ( _____ ) 科 ( _____ ) 先生
主治医のご住所と連絡先(おわかりになれる範囲で結構です。)	