

## セカンドオピニオン外来 診療申込書

金沢医科大学病院長 殿

訴訟・医療トラブル等に使用しないこと及び自費診療料金であることに同意の上、セカンドオピニオン外来受診を申し込みます。

年 月 日

氏名

印

患者さんの氏名等	(氏名) ふりがな ( 男 ・ 女 )
生年月日 (年齢)	大正・昭和・平成・令和 年 月 日生 ( 歳)
ご住所	〒
診療予約等のご連絡先	携帯 TEL
ご相談者 (患者さんと異なる場合)	(氏名) ふりがな (患者さんとの続柄)
ご相談の内容 (用紙が不足の場合は別紙でも結構です)	
現在、受診中の医療機関、主治医	(医療機関名) (住所・・・番地は不要です) 市・郡 町 (診療科名) (主治医名)