日本赤十字社医療センター

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
に同意の上、以下の内容で貴センターの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
（患者様又は同意を得ているご家族）

フリガナ		生年月日・性別	
患者様のお名前		年　月　日（　歳）　男・女	
患者様のご住所	〒 TEL（　－　－　）／ FAX（　－　－　）		
フリガナ		患者様との続柄	ご本人 ご家族（続柄　　）
相談者氏名			
相談者のご連絡先	〒 TEL（　－　－　）／ FAX（　－　－　）		
疾患名	1．　2．　3．		
希望診療科	【　　】科を希望		
相談目的 （該当するものすべてに○）	1．外科的治療法と内科的治療法のどちらを選択するか迷っている 2．現在の治療法以外の治療法がないか相談したい 3．大きな手術などを受けるように勧められている 4．その他（下欄に記入）		
今までの経過 （ご自由にご記入ください）			
現在の状況 （ご自由にご記入ください）	入院・通院・在宅（該当する箇所に○をしてから現在状況を記してください。）		
主治医の医療機関と お名前	医療機関名　： 科名・主治医名　：　（　　科）・（　　先生） 住所・電話　：　　TEL		
ご用意いただける資料			

日本赤十字社医療センター　医療・地域連携課
TEL　03-3400-0158　FAX　03-3400-0193