

## 市立大津市民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、貴院のセカンドオピニオン外来の受診を申込みます。

令和 年 月 日 相談者氏名 \_\_\_\_\_ 印  
(患者様との続柄 \_\_\_\_\_ )  
※自署の場合、印は不要です。

### ●患者様もしくはご家族がご記入ください

(フリガナ)

1. 患者氏名 \_\_\_\_\_ (男・女)
2. 生年月日 (年齢) 明・大・昭・平・令 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 歳)
3. 住所 〒 \_\_\_\_\_  
日中連絡先 第一連絡先 ( \_\_\_\_\_ ) 第二連絡先 ( \_\_\_\_\_ )
4. ご相談に来院される方  本人  ご家族 (続柄 \_\_\_\_\_ )
5. 疾患名 ( \_\_\_\_\_ )

### 6. ご相談の具体的な内容

※時間内でお聞きになりたい回答をご提供するために、お聞きになりたいことを具体的にお書きください。なお、用紙が不足している場合には別紙にご記入いただいても結構です。

( \_\_\_\_\_ )

7. 受診されている医療機関 病院名 ( \_\_\_\_\_ )  
診療科 ( \_\_\_\_\_ )  
担当医師 ( \_\_\_\_\_ )
8. 相談日について (都合の悪い日や曜日があればお知らせください)

( \_\_\_\_\_ )

【連絡先】 〒520-0804 滋賀県大津市本宮 2 丁目 9 番 9 号

市立大津市民病院 地域医療連携室

FAX 送信先 : 077-522-0192 電話 : 077-526-8192

※FAX 後、原本は診療情報提供書、検査データ等と一緒に受診されている医療機関より郵送で上記までお送りください。