

## 福山循環器病院 セカンドオピニオン申込書

訴訟等の目的に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、セカンドオピニオン外来受診を申し込みます。

なお、以下の行為は貴院担当医師の許可なく行いません。

- (1) 説明の際に受領した資料を第三者(紹介医療機関を除く)へ提出すること。
- (2) 相談中に相談内容を録音すること。

年 月 日 氏名 \_\_\_\_\_

患者様の氏名・性別	(ふりがな _____ ) 様 (男・女)	
生年月日	(大正・昭和・平成) 年 月 日 ( 歳)	
ご住所	〒 _____	
ご連絡先	TEL ( ) 携帯電話 ( )	
	FAX ( )	
相談者の氏名	_____ 様	
患者様との続柄	ご本人・ご家族(続柄 _____ )	
疾患名(お分かりになる範囲で)	#1 #2 #3	
ご相談の内容(ご自由にお書きください。用紙が不足する場合は別紙でも結構です)		
主治医の医療機関の名称・所在地・TEL番号(お分かりになる範囲で)	医療機関名 _____	
	診療科 _____	主治医 _____
	所在地 _____	
	TEL ( )	FAX ( )

※ご記入いただいた個人情報は、セカンドオピニオンの提供に利用できるものであり、この目的以外には使用しません。

連絡先: 福山循環器病院 地域医療連携室 TEL:084-931-1111 内線:100 FAX:084-929-1140