

浅間南麓こもろ医療センター セカンドピニオン外来 申込書

患者様の氏名・性別	殿 (男 ・ 女)
患者様の生年月日(年齢)	(大正・昭和・平成・令和) 年 月 日生 (歳)
ご相談者の住所	〒
ご相談者の連絡先	TEL FAX 携帯番号
ご相談に来院される方	ご本人 ・ ご家族 (続柄 :)
疾患名	
ご相談の具体的な内容 (ご自由にお書きください。用紙が不足の場合には別紙でも結構です。)	
主治医の医療機関とお名前	医療機関名 () 診療科 () 担当医師 ()
主治医のご住所・連絡先 (お分かりになる範囲で結構です。)	

※当院専門医師による意見、判断を提供することにより、現在の治療に際しての参考にしていただくことを目的とし、自由診療として定められた料金であることに同意の上、上記の内容で貴院にセカンドピニオン外来受診を申し込みいたします。

令和 年 月 日
氏名 _____ 印