中部国際医療センター　セカンドオピニオン外来申込書

（FAX 番号　0574-66-1581）

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を申し込みます。

年　　月　　日　　ご相談者氏名　　㊞　患者様との間柄

（患者さま又は患者さまの同意を得ているご家族）

相談がご家族のみの場合は「同意書」を添付して下さい。

フリガナ 患者さまの氏名	性別　　男　・　女
患者さまの生年月日	年　　月　　日（　　歳）
患者さまの住所 及び相談者の連絡先	〒
	電話番号：
	携帯番号：
疾　患　名	
ご相談内容 情報提供書があれば添付してください。	
希望診療科名	
希望医師名	
現在受診されている医療機関 及び患者さまの現在の状況	医療機関名： 診療科：　　主治医： 住　所： ＴＥＬ： ＦＡＸ： 入院中　・　通院中
添付する資料	以下のうち○印を付けた資料を当日持参いたします。 ・紹介状（診療情報提供書） ・画像診断フィルム及びその所見 ・検査の記録 ・その他（　　）