

# セカンドオピニオン外来 申込書

金沢大学附属病院 殿

金沢大学附属病院の「セカンドオピニオン外来のご案内」を確認し、相談費用として定められた金額を支払うこと及び訴訟等の目的には使用しないことに同意のうえ、以下の内容で貴院のセカンドオピニオンに申込みます。

## 【患者さんに関する事項】

申込み日 年 月 日

ふりがな		生年	大正・昭和・平成・令和
氏名・性別	(男・女)	月日	年 月 日 (才)
住 所	〒	電話 番号	(自宅・携帯)
当院診察券	なし ・ あり (登録番号: ) ※当院診察券をお持ちの場合は記入ください		

## 【相談者に関する事項】

ふりがな		患者さん との関係	本人・家族(続柄)
氏名・性別	(男・女)		
連絡先 (日中の連絡が 可能な連絡先)	自 宅	連絡可能 な時間帯	時 分 ~ 時 分
	携 帯		
	メールアドレス		
患者本人の了承	同意書あり ・ 同意書なし ※相談者をご家族のみ場合は同意書が必要です		

## 【相談内容に関する事項】

相談希望 診療科名		相談希望 医師名	
相談内容 (相談目的、現在の 病名、症状につ いての説明等を記 入ください。診療 情報提供書の添付 でも可)			
主治医の 医療機関 氏名・連絡先	病 院 名		診療科名
	主治医名		
	連 絡 先		
来 院 者	<input type="checkbox"/> 患者本人のみ <input type="checkbox"/> 患者本人と家族(続柄) <input type="checkbox"/> 家族のみ(続柄)		
相談希望日 (相談は午後から になります)	第1希望	年 月 日 (曜日)	※ご都合の悪い日があればお知らせください
	第2希望	年 月 日 (曜日)	
	第3希望	年 月 日 (曜日)	

## 問合せ先・送付先

医療機関の場合：患者サポートセンター 電話：076-265-2039(直通) FAX：076-234-4307

患者さんの場合：医事課 電話：076-265-2079(直通) FAX：076-234-4330

受付曜日・時間 月曜日～金曜日(病院休診日は除く) 9時～16時まで

## 医療機関記載欄

受付日/受付者	医師へ連絡	相談者へ連絡	調整の結果
/	/	/	年 月 日 ( ) 時 分 調整不可