医療法人公仁会　姫路中央病院附属クリニック

セカンドオピニオン申込書

自由診療料金として定められた金額を支払うこと及び私の主治医あての報告書が作成されることに同意の上，セカンドオピニオンを申し込みます。
なお，以下の行為は貴院担当医師の許可なく行いません。
・説明の際に受領した資料を第三者（紹介元医療機関を除く）へ提出すること。
・相談中に相談内容を録音すること。

申込日　　年　　月　　日　　申込者氏名

患　者	フリガナ 氏名（性別）	（　男　・　女　）	
	生年月日	年　　月　　日（　　才）	
	住　所	〒	
	電話番号	（　　）　　―	
	携帯電話	―　　―	
	当院受診歴	□なし　　□あり（診察券番号：　　）	
相　談　者 ＊ご本人の場合，記載の必要はありません	フリガナ 氏　名		患者との続柄
	住　所	〒	
	電話番号	（　　）　　―	
	携帯電話	―　　―	
疾　患　名			
相談の内容 ＊差し支えなければご記入ください。また，欄が足りない場合は別紙にご記入ください。			
現在治療中の 医療機関名と主治医名	病院　・　医院（クリニック） 科　　先生 □　入院中　□　通院中　□　その他（　　）		
ご都合の悪い日時・曜日等			

＊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するものでありこの目的以外には用いません。

【姫路中央病院記載欄】

受付年月日	年　　月　　日	受付番号	
担当診療科		担当医師	
相談日時	年　　月　　日 時　　分～　　時　　分　30分・60分	備　　考	
担当者			