

彦根市立病院セカンドオピニオン外来 申込書

訴訟等の目的に使用しないことおよ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うえ、以下の内容で、彦根市立病院のセカンドオピニオン外来の受診を申し込みます。

年 月 日

相談者氏名 _____ ㊟

(自署の場合の印鑑は不要です。)

ふりがな 患者さん氏名	年 齢 (歳)
生年月日 (明治・大正・昭和・平成) 年 月 日	性 別 (男・女)
住 所 〒	
電 話 () -	FAX () -
ふりがな 相談者氏名	患者さんとの続柄
生年月日 (明治・大正・昭和・平成) 年 月 日	性 別 (男・女)
住 所 〒	
電 話 () -	FAX () -
疾 患 名 1 2 3	
ご相談の具体的な内容 (ご自由にお書きください。ただし、主治医に関する不満、転医希望、カウンセリング、裁判関係や診療記録の開示に関わる事項はご遠慮ください。別紙にお書きいただいても結構です。)	
主治医の医療機関のお名前、 () 病院、診療所 ご住所、連絡先 () 科、() 先生 ※お分かりになる範囲で 住所 結構です。 電話	

病院記載欄

受付番号	受付年月日 年 月 日
相談日時 年 月 日	曜日 時 分
担当医師	科
相談場所	診療科診察室・その他 ()

【連絡先】 彦根市立病院 地域医療連携室 電話 0749(22)6053 FAX 0749(22)6093