

セカンド・オピニオン申込書

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うえ、下記のとおり公立岩瀬病院のセカンド・オピニオンを申し込みます。

申込日 平成 年 月 日

ふりがな		性 別
患者氏名		男 ・ 女
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)	
患者住所	〒	
患者電話番号	自宅 () - FAX () -	
	携帯 () -	
ふりがな		患者との続柄
相談者氏名		
相談者住所	〒	
相談者電話番号	自宅 () - FAX () -	
	携帯 () -	
現在の状況	病院名	
	診療科	科 通院中 入院中
	主治医	
	病 名	
相談内容		
その他		

公立岩瀬病院 地域医療連携室
〒962 - 8503 福島県須賀川市北町 20
TEL (0248)75 - 3111
FAX (0248)75 - 3388