医療法人社団　医眞会　タケダ腎クリニック
セカンドオピニオン外来申込書・同意書

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上、下記内容で貴院セカンドオピニオン外来受診を申し込みます。

平成　　年　　月　　日　　氏名　　印

ふりがな：

患者様氏名：

生年月日：明・大・昭・平　　年　　月　　日（　　）歳　　男・女

郵便番号：〒

住　　所：

連 絡 先：TEL

ふりがな：

相談者氏名：　　本人・家族（続柄　　）

郵便番号：〒

住　　所：

連 絡 先：TEL

ふりがな：

相談者氏名：　　本人・家族（続柄　　）

郵便番号：〒

住　　所：

連 絡 先：TEL

セカンドオピニオン外来受診の目的をできるだけ具体的にご記入下さい（別紙可）

希望診療科（　　）

現在の病名・症状についてできるだけ具体的にご記入下さい（別紙可）

病名：

現在、通院・入院されている医療機関（病院・医院・診療所）

患者さんの状態：　入院中　・　通院中　・　その他（　　）

医療機関名：

診療科：　　担当医師名：

タケダ腎クリニック記入欄

相談日時	年　　月　　日（　　）　午前・午後　　時　　分より
担当医	科　　医師名

医療法人社団　医眞会
TAKEDA JIN CLINIC タケダ腎クリニック