

## 岡山赤十字病院 セカンドオピニオン外来申込書

岡山赤十字病院セカンドオピニオン外来の受診を申込みます。

なお、以下の行為は貴院の担当医師の許可を得ずには行いません。

- (1) 説明の際に受け取った資料を第三者（紹介元医療機関を除く）へ提出すること。
- (2) 相談内容を無断で録音すること。

令和                      年                      月                      日                                           ご相談者氏名

患者さんのお名前、性別	フリガナ  <span style="float: right;">（ 男 ・ 女 ）</span>
患者さんの生年月日 （年齢）	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和                      年                      月                      日（                      歳）
ご住所	<u>                     </u> 市                      区
ご連絡先	自宅電話：                      （                      ） 携帯番号：                      （                      ） 自宅FAX：                      （                      ）
ご相談者と 患者さんとの続柄	ご本人 ・ ご家族（                      ）
病名 （ご存知の範囲で）	
ご相談の内容 （具体的に、ご自由にお書き 下さい。）	
現在の主治医の氏名 及び医療機関名	<u>                     </u> 医療機関名  <u>                     </u> 病院 ・ 医院 ・ クリニック ・ 診療所  <u>                     </u> 診療科                      科 <u>                     </u> 主治医氏名
主治医の連絡先 （おわかりになる範囲で）	住所  お電話番号：                      （                      ）