

## 医療法人 原会 原病院 セカンドオピニオン外来 申込書

他医療機関の診療方針に関し、医療法人 原会 原病院の意見を聞くための相談として、また、この行為は自由診療であり、保険診療と料金設定が違うことを了承の上、セカンドオピニオン外来受診の申し込みを致します。

ふりがな

性別

患者氏名

男 ・ 女

年齢

生年月日

大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日生

歳

住所

〒 —

電話番号

相談申込者

患者様本人 / ご家族(ご関係: )

ご病名(疾患名)

疾患分類

ご相談内容