秋田大学医学部附属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、
以下の内容で、貴院のセカンドオピニオン外来受診を申し込みます。

令和　　年　　月　　日　　氏　名　　印

１．患者情報について

患者情報	フリガナ 氏　名		性 別	男 ・ 女
	生年月日（年齢）	（大正・昭和・平成・令和）　　年　　月　　日（　　才）		
	住 所	〒		
	連絡先	TEL　　－　　－	FAX　　－　　－	
	当院受診歴有無	あり（診察券番号　　）・　なし　・　不明		

２．ご相談者情報について

ご相談者情報	ご相談者	ご本人　・　代理人（間柄　　）
	※ご本人の場合、以下は記入いただく必要はありません。	
	フリガナ 氏　名	
	連絡先	TEL　　－　　－　　　FAX　　－　　－

３．相談内容について

疾患名	＃１
	＃２
	＃３
相談の 具体的内容	
紹介元 医療機関	医療機関名　　病院・診療所 診療科　　科　　主治医　　先生

【送付先】秋田大学医学部附属病院　地域医療患者支援センター・がん相談支援センター
ＦＡＸ　０１８－８０１－７１１２　（ＴＥＬ　０１８－８８４－６２７７）

以下は記入しないでください。

病院記入欄	申込書受理日	月　　日	相談者への連絡日	月　　日
	予約日	月　　日（　）　　：		