

群馬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 32,400円を支払うことに同意の上、貴院の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

相談申込者氏名 _____ (自署)

患者さんとの続柄 ご本人 ・ ご家族(続柄 _____)

フリガナ		性別
患者さんの氏名		(男・女)
患者さんの 生年月日(年齢)	(大正・昭和・平成) 年 月 日生 (歳)	
相談申込者の連絡先	自宅TEL () ー	
	携帯TEL () ー	
現在の状況	入通院 : 1. 入院中 2. 通院中	
いつ、何と診断されたましたか	#1 病名() 発病または診断の時期 年 ヶ月前頃	
	#2 病名() 発病または診断の時期 年 ヶ月前頃	
	#3 病名() 発病または診断の時期 年 ヶ月前頃	
主治医から今後の治療法についてどのような説明を受けていますか		
相談の具体的な内容	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> ご自由にお書きください。 用紙が不足している場合には別紙でも結構です。 </div>	

*群馬大学医学部附属病院使用欄 ID _____