**川崎市立川崎病院セカンドオピニオン外来　申込書**

　　セカンドオピニオン外来の方針を理解し、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(自費)を支払うことに同意の上、貴院セカンドオピニオン外来受診を申し込みます。

記入日　　　　年　　　月　　　日

紹介元医療機関

紹介元医師名

患者氏名

生年月日　　　Ｍ・Ｔ・Ｓ・Ｈ　　　年　　　　月　　　日生　（　　　　）歳　　　男　・　女

現住所

ご相談者が本人以外の相談者（親権者等）氏名

連絡先　　　　①　自宅・その他（　　　　　）　ＴＥＬ

②　自宅・その他（　　　　　）　ＴＥＬ

病名（わかる範囲で）　　　　　　　　　　　　　　　　　　当院の受診歴　　あり　・　なし

**希望相談医師の氏名　　　　　　　　　　　　　　　　（希望する場合のみ記入してください）**

　※　相談日時は、病院で設定させていただきます。

　　　　　　　送付先

　　　　　　　〒210-0013　川崎市川崎区新川通12-1

　　　　　　　　　　　　　川崎市立川崎病院 患者総合サポートセンター

セカンドオピニオン担当　宛

問合せ先　044-246-1289（患者総合サポートセンター）