

北アルプス医療センターあづみ病院セカンドオピニオン 申込書

北アルプス医療センターあづみ病院の専門医師からのセカンドオピニオン（意見・判断）の提供を受け、それを自身の治療に際しての参考にすることを目的に、自由診療として定められた料金に同意の上、次の内容で貴院のセカンドオピニオンを申し込みます。

平成 年 月 日

相談者（申込み者）氏名

⑨

ふりがな	
患者さん氏名（性別）	（ 男 ・ 女 ）
患者さん生年月日（年齢）	明・大・昭・平 年 月 日 （ 歳 ）
相談者の住所・連絡先	〒 電 話： F A X： Eメール：
相談者と患者さんの続柄	本人 ・ 家族（続柄 ）
疾患名・病名	# 1
	# 2
	# 3
相談の具体的な内容 （ご自由にお書きください。 用紙が不足する場合は任意に 用紙をご用意ください。）	
主治医の医療機関名・お名前	医療機関名（ ） お名前 （ ）
主治医のご住所・連絡先 （分かる範囲で結構です）	〒 電 話：