石川県済生会金沢病院セカンドオピニオン外来申込書

転医を目的とした相談でないこと、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、セカンドオピニオン外来相談を申し込みます。

平成　　年　　月　　日　　ご相談者氏名　　印

患者氏名・性別	フリガナ	男・女
生年月日（年齢）	大正・昭和・平成　　年　　月　　日　（　　歳）	
ご相談に来られる方	・患者ご本人　　・ご家族　（同意書が必要となります）	
患 者 住 所 連 絡 先	〒 電話番号 携帯電話	
ご相 談 内 容		
相談希望診療科 （○でお囲みください） （担当医師名）	内　科　・　消化器科　・　外　科 整形外科　・　泌尿器科　・　眼　科 （担当医師名：　　）	
現在の状況	入院中　　通院中 医療機関名 担当医 所在地	

お問合せ先ならびに送付先

石川県済生会金沢病院　地域連携部

ＴＥＬ　076－266－1489
ＦＡＸ　076－266－2990