長崎みなとメディカルセンター
セカンドオピニオン外来　相 談 申 込 書

相談結果を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での相談を申し込みます。
並びに，私の主治医あての報告書が作成されることに同意します。

令和　　年　　月　　日

患者	(ふりがな) 氏　　名	(印)	(男 ・ 女)
	生年月日（年齢）	明治,大正，昭和 平成，令和　　年　　月　　日 生 （　　歳）	
	ご 住 所	〒 TEL　（　　）	
相談者	(ふりがな) 氏　　名		
	患者様との続柄	ご本人 ・ ご家族 （続柄　　）	
	ご 住 所	〒	
	連 絡 先 （電話番号は，携帯電話を含め必ず連絡の取れる番号を，複数ある場合は複数をご記入ください。）	TEL.　（　　）　TEL.　（　　） TEL.　（　　）　FAX.　（　　） E メール	

疾　患　名
ご相談の目的
患者様の今までの経過 及び現在の状態

入院先または通院先 及び 主治医名	病院名 主治医　　先生　（　　科） 所在地 TEL.　（　　）

長崎みなとメディカルセンター患者総合支援センター　℡095-822-3251　FAX095-821-1116