

長野県立こども病院 セカンドオピニオン外来 申込書

次の事項に同意の上、以下の内容で、貴院のセカンドオピニオン外来を申し込みます。

- (1) 訴訟等の目的に使用しないこと。
- (2) 私の主治医あての報告書が作成されること。
- (3) 自由診療料金として定められた金額を支払うこと。

令和 年 月 日 ご相談者氏名 ⑩

患者様	フリガナ お名前	様	男・女	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)	
	住所 連絡先	〒				
		電話	FAX			
長野県立こども病院の受診歴		有 (診察券番号) ・ 無 ・ 不明				
相談者	フリガナ お名前	様	患者様 との続柄		来院 予定者	人
	住所 連絡先	〒				
		電話 自宅 携帯	FAX			
相談希望日 ※ご希望に添えない 場合もあります。	第1希望 月 日 () ~ 月 日 () の間 第2希望 月 日 () ~ 月 日 () の間					
疾患名						
患者様の 現在の状況	入院中 通院中 その他 ()					
ご相談の 具体的内容	※ご自由にお書きください。用紙が不足する場合は別紙でも結構です。					
主治医の 医療機関と お名前	医療機関			主治医	先生	
	診療科					

【お問い合わせ先】 〒399-8288 長野県安曇野市豊科3100
長野県立こども病院 セカンドオピニオン外来窓口
TEL 0263-73-6700 (内線 1632)