

送信先：相模原協同病院 患者総合支援センター  
FAX：042（713）3127

\*送信先 FAX 番号をご確認の上ご送信ください

2020年6月改定

## 相模原協同病院セカンドオピニオン外来申込書

私の病状についての診断の内容や、現在及び今後の治療方法などに関するセカンドオピニオンの提供を訴訟の目的に使用しないこと、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、相模原協同病院に申し込みいたします。

年 月 日

患者本人署名（原則18歳以上必須） \_\_\_\_\_ (印)

代理人の場合の相談者署名 \_\_\_\_\_ (印)

相談者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族
患者氏名、性別	ふりがな 氏名 (男・女)
生年月日（年齢）	年 月 日 (歳)
病名	
希望診療科・希望医師名	科 担当医名 ( )
相談者氏名	ふりがな 氏名 (続柄)
相談者の連絡先	住所：〒  ① TEL ( ) ② TEL ( )
紹介元の医療機関とお名前	科 病院・診療所 先生 住所：〒 TEL ( ) FAX ( )

個人情報を送信できない場合は、可能な部分を記載し、送信後に下記へご連絡ください。  
患者総合支援センター 042（761）6020（代表）