

弘前大学医学部附属病院  
セカンドオピニオン外来あて

## セカンドオピニオン申込書

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 33,000円（税込）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受診を申し込みます。

申込日 令和 年 月 日 相談者氏名 \_\_\_\_\_ 印

患 者	(フリガナ) 氏 名		男	生年月日	(大正、昭和、平成、令和) 年 月 日
			女		( ) 歳
	住 所 (連絡先)	〒 電話 ( ) - ( ) - ( ) FAX ( ) - ( ) - ( )			
※患者さんご本人が相談される場合は、「相談者」欄の記入は不要です。					
相 談 者	(フリガナ) 氏 名		男	生年月日	(大正、昭和、平成、令和) 年 月 日
			女	患者との続柄	本人・家族 ( )
	住 所 (連絡先)	〒 電話 ( ) - ( ) - ( ) FAX ( ) - ( ) - ( )			
現 在 の 状 況	疾 患 名	1.			
		2.			
		3.			
	紹 介 元 医 療 機 関	医療機関名	_____ 病院・医院・診療所		
診療科・ 主治医名		_____ 科 _____ 先生			
住 所 (分かる範囲 で結構です)		〒 電話 ( ) - ( ) - ( ) FAX ( ) - ( ) - ( )			
ご相談の具体的な内容 (ご自由にお書きくだ さい。別紙でも結構で す。)  ※なるべく詳しくご記 入ください。					

※ 本申込書をFAX (0172-39-5003) またはご郵送 (〒036-8563 弘前市本町53 弘前大学医学部附属病院 がん相談支援センター宛て) ください。