

別紙様式 1

セカンドオピニオン申込書

相談料金として1,0800円を支払う事を同意の上、受療医療機関からの診療情報提供書および資料等を準備して、下記の通り新潟県立リウマチセンターのセカンドオピニオンを申し込みます。

平成 年 月 日

相談者が患者さん本人の場合

ふりがな					
氏名					性別 (男・女)
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月	日	
住所	〒				
	電話	()		—	

相談者が家族等の場合（患者さん本人の同意書が必要です。ただし小児や本人が意志を示すことが出来ない場合、同意書は必要ありません。

ふりがな					
相談者氏名					性別 (男・女)
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月	日	
相談者住所	〒				
	電話	()		—	
本人との続柄					

疾患名		来院者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族のみ <input type="checkbox"/> 本人と家族		
希望する診療科		当院 来院歴	<input type="checkbox"/> あり	最終	年
			<input type="checkbox"/> なし		
受療医療機関	医療機関名		受診科		
医師名					

新潟県立リウマチセンター使用欄

日時	場所	説明医師	資料受領日	連絡日	担当
月 日	<input type="checkbox"/> 外来				
時 分	<input type="checkbox"/> その他				