

横浜中央病院 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を支払うことに同意の上、以下の内容で貴院にセカンドオピニオンを申し込みます。

年 月 日 相談者氏名

患者氏名・性別	(男 ・ 女)
生年月日	(明治・大正・昭和・平成・令和) 年 月 日
患者住所・連絡先	〒
	電話
	FAX
相談者氏名・続柄	(続柄)
相談者住所・連絡先 <small>※相談者をご本人以外の場合のみ ご記入ください。</small>	〒
	電話
	FAX
疾患名	1
	2
	3
患者の現在の状況	入院中 ・ 通院中 ・ その他 ()
相談内容	
現在おかけの医療機関名	
主治医診療科・氏名	科

※必ず、相談者本人がご記入ください。

JCHO横浜中央病院 地域医療連携室

TEL : 045-681-9534

FAX : 045-681-9542