**静岡県立こども病院 セカンドオピニオン外来申込書**

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， 以下の内容で貴院のセカンドオピニオン外来受診を申し込みます。

　　　　　　　　　　　　　 申込年月日　　　　　　　 　 年 　　　 月　　　 日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 患  者 | 氏名，性別 | （ふりがな）  （ 男 ， 女 ） |
| 生年月日（年齢） | （ 昭和， 平成， 令和 ） 　　 年 　 　月 　 　 日生（ 　　 歳） |
| 申込者 | 氏名・続柄 | □ 患者本人  □ 家族　（氏名 　　　　　　　 　　　 ）続柄 （ 　　　 ） |
| 住 所 | 〒 　　　　- |
| 連絡先 | TEL( 　　　 - 　　　　　 - 　 　　 ) 続柄（　　　　）  携帯( 　　　 - 　　　　 　- 　　　 ) 続柄（　　　　） |
| 希望する診療科 | | 科 |
| 希望する形式 | | 対面　　　　・　　　　　オンライン |