

## セカンドオピニオン外来申込書

他の医療機関の診療方針について、やまと精神医療センター医師の意見を聞くために、自由診療として定められた金額を支払うことに同意のうえセカンドオピニオン外来受診の申し込みをします。

送付先 やまと精神医療外来（０７４３－５２－８８７９）

申込日	平成 年 月 日		
(ふりがな) 患者様氏名	( )	男 ・ 女	
生年月日	大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日生	年齢 ( 歳)	
ご住所	〒 -		
電話番号 (FAX)	TEL ( ) -	FAX ( ) -	
希望日時	第1希望日 平成 年 月 日 ( ) 午後 時頃	第2希望日 平成 年 月 日 ( ) 午後 時頃	
相談申込者	ご本人 ご家族 (氏名 ) (ご関係 )		
病名	・ ----- ・ ----- ・ ----- ・ ----- ・		
現在の状況	入院中 ・ 通院中 ・ 入院予定 ※いずれかに、”○”を付してください。		
相談内容	----- ----- ----- ----- ----- ----- -----		