

セカンドオピニオン外来申込書

平成 年 月 日

フリガナ 患者氏名	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 歳
〒 住 所	電話番号 () -
当院の診察券 あり・なし (ありの場合 診察券の番号)	
相談内容(わかる範囲内でできるだけ詳しく記載してください) 病名(または症状)	
現在受診している医療機関(病院)名と担当医の名前 医療機関名 診療科 担当医	
現在までの診断および治療経過	
セカンドオピニオン外来での相談目的	
相談のため来院される方(いずれかを○で囲んでください) 患者さんご本人 ・ 患者さんご本人とご家族 ・ ご家族のみ	
ご家族の氏名 〒 住所	患者さんとの関係(続柄) 電話番号() -
私(患者氏名) は、(ご家族氏名) に対して 担当医師が私の疾患について意見を述べ、文書(説明文書または担当医宛て意見書)が作成されることに 同意いたします。 平成 年 月 日 (患者氏名) 印	
相談を希望する診療科(特に希望がない場合にはこちらで判断させていただきます)	
相談希望日時	第1希望 平成 年 月 日(曜日) 午前・午後 第2希望 平成 年 月 日(曜日) 午前・午後 第3希望 平成 年 月 日(曜日) 午前・午後 (相談日時は申込書が到着してから 1~2 週間程度かかりますのでご理解ください)
相談日に関する連絡先 氏名 患者さんとの関係(続柄) 電話番号 () -	