

セカンドオピニオン外来申込書

令和 年 月 日

○相談者 患者本人 ・ 患者本人とご家族 ・ ご家族
 ※ご家族の場合は、患者本人からの同意書が必要となります。

○患者様の受診歴
 過去に当院に受診したことが ある ・ ない
 ある場合は ID番号

(ふりがな)			大・昭・平・令 (年齢 歳)
患者様の氏名	(男・女)	生年月日	年 月 日
患者様の現住所	電話 () - FAX () -		
(ふりがな)			
相談者の氏名	(男・女)	患者様との続柄	
相談者の現住所	電話 () - FAX () -		

※住所電話番号等が患者様と同一の場合は、記入する必要はありません。

希望担当医 診療科	【担当医名】	【診療科】
希望日時	第1希望 月 日 午後 時 分～ 時 分	
	第2希望 月 日 午後 時 分～ 時 分	
	第3希望 月 日 午後 時 分～ 時 分	

※希望日時は複数記載して下さい。調整後、実施日通知書にて確定します。
 但し時刻は、全て平日の午後となります。

【相談目的】	(診断・検査結果・治療方針・手術適応・手術方法等)
【具体的内容】	

現在受診されている病(医)院名・診療科・医師名を記載して下さい。

病(医)院名	
診療科	
医師名	