

セカンドオピニオン申込書

申込日 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日	明・大・昭・平
患者氏名		男・女		年 月 日 (歳)
診察券 NO.	当院受診歴 有 ・ 無			
住 所	〒 —			
連絡先	電 話： — —		携 帯： — —	

フリガナ		患者さんとの 続柄	本人・配偶者・親・子 兄弟姉妹 その他 ()	
相談者氏名				
住 所	〒 —			
連絡先	電 話： — —		携 帯： — —	

希望診療科	
-------	--

病 名	
-----	--

相談目的 相談内容	
※用紙が不足する場合は、別紙でも結構です。	

おかけの 医療機関	病院名： (入院中 ・ 通院中)		
	診療科：	科	医師

資 料	診療情報提供書および関連資料はお手元にありますか？ 手元にある ・ これから準備 (月 日までに手元に揃う予定)
-----	--

相談日 同席者	<input type="checkbox"/> 患者本人のみ <input type="checkbox"/> 患者本人・家族 (続柄：) <input type="checkbox"/> 患者家族のみ 【「同意書」および「戸籍抄本」必須 ※15歳未満の患者さんの相談を除く】
------------	---

※当院記入欄

実施日時	年 月 日 () 時 分から
担当医師	科 医師
日時決定通知	月 日 (FAX ・ 郵送)