

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。				
おかかりの 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	☐ 患者本人のみ ☐ 患者本人・家族 (続柄 :) ☐ 患者家族のみ 【「同意書」および「戸籍謄本」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)