

# セカンドオピニオン外来申込書

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(様式は任意)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)			明・大・昭・平 (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)			患者様との続柄
相談者の氏名	(男・女)		
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。

希望日時	月 日 (金) 午後 時 ~ 時
	月 日 (金) 午後 時 ~ 時
	月 日 (金) 午後 時 ~ 時

希望日時は複数記載してください。調整後、実施日通知書にて確定します。

【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	