

セカンドオピニオン外来申込書

令和 年 月 日

患者さんに関する事項	ふりがな		旧 姓		明・大・昭・平・令
	氏 名	(男・女)		生年月日	年 月 日
	住 所	〒		電話番号	
	当院診療券	(いずれかを○で囲んでください) 持っている (登録番号:) ・ 持っていない			
相談者に関する事項	氏 名		患者さんとの関係 (具体的に)		
	住 所	〒		電話番号	
	来院される方	(いずれかを○で囲んでください) 患者本人 ・ 患者本人と家族 ・ 家族のみ			
	相談希望の診療科	(特に希望がある場合、ご記入願います)			
	相談希望日時	第1希望(月 日< 曜日>午後 時 分頃)	第2希望(月 日< 曜日>午後 時 分頃)	第3希望(月 日< 曜日>午後 時 分頃)	ご持参資料等(○で囲んでください)
相談内容に関する事項	病名又は症状(現状を分かる範囲で記載ください)				
	受診中の医療機関と担当医師名				
	その他(現在までの経過や相談事項を具体的に記載ください)				