

# セカンドオピニオン外来申込書

平成 年 月 日

- 相談者 ・ 患者様本人 ・ 患者様本人とご家族 ・ 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 あり ない  
 ある場合は ID番号

(ふりがな)		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (年齢 歳)
患者様の 氏 名	(男・女)		
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( ) -		
(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( ) -		

※相談者が患者様本人の場合は、患者様欄の記入のみで結構です。

※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	【担当医名】	【診療科】
診療科		
希望日	月 日( 曜日)	
	月 日( 曜日)	
	月 日( 曜日)	

※希望日は複数記載して下さい。調整後、電話にて確定日をご連絡します。

【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	