

セカンドオピニオン外来申込書

平成 年 月 日

| | | | | | |
|------------|------------------------------|--|------------------------|------------------------|---|
| 患者さんに関する事項 | ふりがな | | 旧姓 | | 明・大・昭・平 |
| | 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〉 | | | |
| | 相談希望日等 | 第1希望(月 日< 曜日> 午前・午後) | 第2希望(月 日< 曜日> 午前・午後) | 第3希望(月 日< 曜日> 午前・午後) | ご持参資料等 (○で囲んでください) ・紹介状(必須) ・X線フィルム ・その他() |
| 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) | | | | |