

セカンドオピニオン外来申込書

平成 年 月 日

フリガナ 患者様氏名 男・女	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 () 才
〒 住 所	電話番号 () -
当院の診察券 あり・なし (ありの場合には診察券の番号)	

フリガナ 家族の方の氏名	患者様との関係 (続柄)
〒 住 所	電話番号 () -

ご相談内容 (わかる範囲内でできるだけ詳しく記載して下さい)	
病名 (または症状)	
現在受診している医療機関 (病院) 名と担当医の名前 医療機関名 担当医名	
現在までの診断および治療経過	
セカンドオピニオン外来での相談目的	
相談のため来院される方 (いずれかを で囲んで下さい) 患者本人・患者本人と家族・家族のみ	
相談を希望する診療料 (特に希望がない場合にはこちらで判断させていただきます)	
相談希望日時	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 (相談日時は申込書が到着してから 1~2 週間程度かかりますのでご了解下さい)

相談日に関する連絡先 氏 名	電話番号 () -
患者様との関係 (続柄)	