

# セカンドオピニオン外来申込書

令和 年 月 日

フリガナ 患者様名	生年月日		
	昭・平・令	年	月 日 歳
〒 住 所	電話番号 ( ) -		
当院の診察券 あり・なし (ありの場合 診察券の番号 )			
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	診療科	担当医	
病名や現在までの治療経過(診療情報提供書も合わせて申し込みください)			
セカンドオピニオン外来での相談目的・内容			
相談のため来院される方(いずれかを○で囲んでください) ご家族のみの場合は同意書が必要です			
患者様本人 ・ 患者様本人とご家族 ・ ご家族のみ			
相談を希望する診療科(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	令和	年 月 日( 曜日) 午前・午後
	第2希望	令和	年 月 日( 曜日) 午前・午後
	第3希望	令和	年 月 日( 曜日) 午前・午後
(相談日時は申し込み書が到着して1~2週間程度かかります、ご了承ください)			
相談日に関する連絡先(日中連絡可能な連絡先)			
氏名	患者様との関係(続柄)		
電話番号 ( ) -			