

セカンドオピニオン申込書

| | | | | |
|-------------------|---------------------|--------------------------|--------------------|---------------|
| 申 込 日 | 年 月 日 () | | | |
| (フリガナ) 患 者 氏 名 | | 性 別 | 男 ・ 女 | |
| 生 年 月 日 | T ・ S ・ H ・ R 年 月 日 | | | |
| 患 者 住 所 | 〒 | | | |
| 連 絡 先 | 電 話 | — | — | |
| | FAX | — | — | |
| 受診歴の有無 | あり (診察券番号) ・ なし | | | |
| 相談者の氏名 (家族の場合) | | 相 談 者 数 人 | 患 者 さ ん と の 関 係 | |
| 相談者の連絡先 | 電 話 — — | | | |
| 希 望 日 時 | ① | 年 | 月 | 日 () 午前 ・ 午後 |
| | ② | 年 | 月 | 日 () 午前 ・ 午後 |
| | ③ | 年 | 月 | 日 () 午前 ・ 午後 |
| 治 療 の 状 況 | 治療中の 医療機関名 | | | 診療科 : |
| | 現在の状況 | 通院中 ・ 入院中 (入院日 年 月 日) | | |
| | 病 名 | | | |
| | 相談したい 内容 | | | |
| 申込書受理日 | | 受付者 | | 受診 月 日 () |
| 電話連絡日 | | 連絡者 | | 日時 時 分 |

※太枠の中をご記入ください。

※希望日時は申し込み日から2週間位先を記入してください。また、希望日時のない方は空欄で結構です。

※受診日決定後下段の実施日時を記載し再度患者さんへ送付しますので、当日忘れずにご持参ください。