

セカンドオピニオン相談申込書

患者	受診歴	当院に受診したことはありますか。( ある ・ ない )		
	フリガナ		男	西暦・T・S・H
	氏名		女	年 月 日生 歳
	住所	〒		電話 - -
ご家族	フリガナ		続柄	電話(自宅) - -
	氏名			- -
	住所	〒		電話(携帯) - -
病名				
今までの経緯				
現在の状況				
相談の目的				
受診している	病院名：			
医療機関	診療科：                      科                      主治医：                      医師			
相談日	1. 患者本人のみ                      2. 患者本人、家族(                      )			
同席予定者	3. 家族のみ(                      )                      同意書必須			
相談日等	第1希望日：                      年                      月                      日                      曜日			
	時 間                      :                      時                      分頃から			
	第2希望日：                      年                      月                      日                      曜日			
		時 間                      :                      時                      分頃から		
		日程調整にあたり、ご希望に添えない場合があります。		
持参書類等	紹介状・画像データ・検査データ・その他(                      )			
※セカンドオピニオンについて、説明を受け承諾しました。				
		年                      月                      日	申込者氏名	印
病院記載	予定日時：                      年                      月                      日                      曜日			
	時 間                      :                      時                      分頃から			