

## セカンドオピニオン外来申込書

令和 年 月 日

フリガナ 患者様氏名	男・女	生年月日 大・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 ( ) —		

相談内容(できるだけ詳しく記載して下さい) 病名(症状)	
現在受診している医療機関(病院)名と担当医の氏名 医療機関名	担当医名
現在までの診断及び治療経過	
セカンドオピニオン外来で相談される目的	
相談のため来院される方 (いずれかを○で囲んで下さい) 患者様・ご家族・患者様とご家族	
相談を希望する診療科 (特に希望がない場合は、こちらで判断させていただきます。)	
相談希望日	第1希望日 月 日 ( 曜日) 第2希望日 月 日 ( 曜日) 第3希望日 月 日 ( 曜日) (基本的に別添に掲げた医師が担当しますが、病状により当該科の他の専門医が 担当医になることがありますので、ご了承下さい。また、時間帯につきましては、 当院で設定させて頂きたく、ご了承願います。)

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)	