

セカンドオピニオン外来申込書

令和 年 月 日

患者さんに関する事項

ふりがな		生年月日	明治・大正・昭和・平成
氏 名	(男 ・ 女)		年 月 日
住 所	〒	電話番号	() —
当院診察券	※ いずれかを○で囲んでください。 あり (診察券の番号) ・ なし		

相談者に関する事項

氏 名		患者さんとの関係 (続柄)	
住 所	〒	電話番号	() —
来院される方	※ いずれかを○で囲んでください。 患者本人 ・ 患者本人と家族 ・ 家族のみ		
相談希望 の診療科	(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

相談内容に関する事項

病名又は症状(現状を分かる範囲で記載ください)
受診中の医療機関(病院名)と担当医師名
その他(現在までの経過や相談事項を具体的に記載してください)