

セカンドオピニオン外来申込書

【患者さんに関する事項】

申込日： 西暦 年 月 日

ふりがな		生年 月日	西暦 年 月 日 (才)
氏名・性別	(男・女)		
住 所	〒	電話 番号	
当院診察券	なし ・ あり (ID番号：) ※当院診察券をお持ちの場合はご記入ください		

【相談者に関する事項】

来院される方	患者さんご本人 ・ 患者さん本人とご家族 ・ ご家族のみ
患者さんの了承	あり ・ なし ※相談者がご家族のみの場合は同意書が必要です

※下記①・②はご家族が来院される場合はご記入ください※

①	ふりがな		生年 月日	西暦 年 月 日 (才)
	氏名	(続柄)		
	住 所	〒	電話 番号	
②	ふりがな		生年 月日	西暦 年 月 日 (才)
	氏名	(続柄)		
	住 所	〒	電話 番号	

【相談内容に関する事項】

相談希望 診療科名		相談希望 医師名	
相談内容			
紹介医療機関 名・連絡先	病 院 名		診療科名
	主治医名		
	連 絡 先		
相談希望日	第1希望	年 月 日 (曜日)	※ご都合の悪い日があればご記入ください
	第2希望	年 月 日 (曜日)	
	第3希望	年 月 日 (曜日)	