

セカンドオピニオン申込書

「セカンドオピニオン外来のご案内」の記載内容に同意の上、以下の内容で貴院のセカンドオピニオンを申し込みます。

記入日：令和 年 月 日

患者	氏名、性別	(ふりがな) (男・女)
	生年月日	(昭和、平成、令和) 年 月 日生 (歳)
	住所	〒 —
	連絡先	TEL (— —) FAX (— —) 携帯 (— —)
相談者	氏名、性別	(ふりがな) (男・女)
	住所	〒 —
	連絡先	TEL (— —) FAX (— —) 携帯 (— —)
	続柄	本人 ・ 家族 (続柄)
病名		
患者さんの現在の状況 入院中・通院中・その他 () 医療機関名 _____ 診療科目 _____ 主治医 _____		
ご相談の目的 (ご自由にお書きください。別紙に記入しても結構です。)		

【病院記載欄】

相談日時	令和 年 月 日 (曜日) 午前・午後 時 分
担当医	科 医師
備考	