

# セカンドオピニオン外来申込書

		申込日	平成	年	月	日
ふりがな		生年月日	明治・大正・昭和・平成			
患者氏名	男・女		年 月 日( 歳)			
患者連絡先	〒( ) (電話 - - )(FAX - - ) 住所:					
*相談者氏名		*患者との続柄				
*相談者連絡先	〒( ) (電話 - - )(FAX - - ) 住所:					
病名						
相談目的 相談内容						
今までの経過						
現在かかっている医療機関						
医療機関名( ) 診療科( ) 主治医( )						
現在の状態( で囲んでください) 入院中・通院中・在宅・その他( )						
患者様は病名を( 知っている・知らない・不明) 一人で( 歩ける・歩けない) 食事( 普通・少し・不能)						
相談の希望日時		第一希望	月	日	午後	時
*ご希望に添えない場合は、相談の上調整します。		第二希望	月	日	午後	時
		第三希望	月	日	午後	時

\*セカンドオピニオン外来は、自費(30分 7,500円)となりますのでご了承ください。

\*患者様ご本人が受診される場合は、『相談者氏名・相談者連絡先・患者との続柄』の欄は空白で結構です。

\*ご本人が受診されない場合は、ご本人の同意書が必要です。

## 当院記入欄

相談決定日	平成	年	月	日	曜日	午後	時から	相談場所
担当医師	科						医師	
相談者への連絡	済・未 (FAX・郵送)							