

セカンドオピニオン外来申込書

令和 年 月 日

ふりがな				大・昭・平・令
患者様の 氏名	(男・女)		生年月日	年 月 日
現住所	〒	電話		()
		FAX		()
相談者氏名		患者様との関係	検査資料	有 ・ 無
希望日時	※ お申込み後、1週間以降を目安にご検討ください。			病院からの回答方法の希望を○で囲んでください 電話 FAX 郵送
	第1希望	月 日	午後(時)	
	第2希望	月 日	午後(時)	
	第3希望	月 日	午後(時)	
相談にこられる方	本人	本人とご家族 一緒	ご家族	(○で囲んでください)
相談内容 ※当院での治療(検査・投薬・処置)・転院を目的とする場合はセカンドオピニオン対象ではありません。				
病名または症状(現状をわかる範囲で書いてください)				
現在かかられている医療機関名と担当医名(現状をわかる範囲で書いてください)				
その他(現在までの経過や聞きたいことをできるだけ具体的に書いてください)				