

セカンドオピニオン外来申込書

「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、次のとおり申し込みいたします。

記入日 年 月 日

患 者	氏名 (性別)	(フリガナ) (男・女)
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日(歳)
	住 所	〒
	連 絡 先	電話 FAX 携帯 ※ 必ず連絡を取れる番号をご記入ください
相 談 者	氏名 (性別)	(フリガナ) (男・女)
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日(歳)
	住 所	〒
	連 絡 先	電話 FAX 携帯 ※ 必ず連絡を取れる番号をご記入ください
	続 柄	本人・家族 ()
病 名		
患者様の現在の状況 入院中 ・ 通院中 ・ その他()		
医療機関名 _____		
診 療 科 _____ 主治医 _____		
具体的な相談内容(具体的にご記入ください。書ききれない時は別紙に記入し一緒にご提出ください。)		

【病院記載欄】

相談日時	年 月 日 () 午前・午後 時 分
担 当 医	科 医師
備 考	

以下の内容に同意の上、お申し込みください。

- ・現在受診中の病院に対する苦情、訴訟等の目的には使用しないこと。
- ・セカンドオピニオン担当医師が、診断及び治療内容、今後の見通しにつき意見、判断を述べ、現在受診中の主治医宛に報告書が送付されます。