

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申込書			申込日	平成 年 月 日
ふりがな		男 ・ 女	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日(歳)
患者氏名				
患者連絡先	〒 () 住所 (電話 - -)			
* 相談者氏名			* 続柄	1. 配偶者 2. 親 3. 子
* 相談者連絡先	〒 () 住所 (電話 - -)			
相談目的	病 名 : 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 入院中・通院中・その他 ()				

- ・患者ご本人が相談される場合は、*欄の記載は不要です。
- ・患者ご本人以外の方が相談される場合は、ご本人の同意書を添えてください。

※病院記入欄

相 談 日	平成 年 月 日	曜日	AM・PM	時から
担 当 医 師 名				
相 談 者 へ の 連 絡	<input type="checkbox"/> 済			