

セカンドオピニオン外来申込書

令和 年 月 日

○相談者 患者様本人 ・ 患者様本人とご家族 ・ ご家族
※ご家族の場合は、患者様本人からの同意書が必要です。

○患者様の受診歴 当院に受診したことが ある ・ ない
ある場合は 診察券番号

患者様	ふりがな		生年月日	明・大 昭・平 令	年 月 日 (歳)	性別
	氏名					
	住所	〒				
	電話	(携帯)	(自宅)			
相談者	ふりがな		患者様 との続柄			
	氏名					
	住所	〒				
	電話	(携帯)	(自宅)			
相談者	ふりがな		患者様 との続柄			
	氏名					
	住所	〒				
	電話	(携帯)	(自宅)			

※相談者が患者様本人の場合は、患者様欄の記入のみで結構です。
※住所、電話番号等が患者様と同一の場合は、記入する必要はありません。

希望診療科	【診療科】	【担当医名】
希望日時	第1 令和 年 月 日(曜日) 時	
	第2 令和 年 月 日(曜日) 時	
	第3 令和 年 月 日(曜日) 時	

※希望日時は複数記入してください。調整後、電話にて確定日を連絡いたします。
※担当医等、ご希望に添えないこともありますのでご了承ください。

【相談目的】 (診断・検査結果・治療方針・手術適応・手術方法等)
【具体的内容】

現在の受診状況を記入して下さい。

医療機関名	
診療科	
医師名	