

# 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	