セカンドオピニオン外来申込書

私はセカンドオピニオン趣旨を理解し、訴訟等の目的に使用しないこと、また自由診療料金として定められた料金を支払うことを同意の上、貴院のセカンドオピニオン外来を申込みます。

		お申込み日:西暦	年	月	日
	ふりがな				
患者氏名					
心日八石					
生年月日	大正・昭和・平成年(西暦	月 日 歳(男	女)		
	ふりがな				
相談者氏名					
 ※相談者がご本人					
の場合記入は不要	患者との続枘:				
- % I II / (II /)	〒				
相談者住所					
	古ウ 特世 マのル (
	自宅 携帯 その他()				
第一連絡先					
	氏名:	電話番号:			
	自宅携帯その他()				
第二連絡先					
另一建裕元 	 氏名:	電話番号:			
		电阳田 7 •			
※第一連絡先・第	二連絡先を必ず記載してください。				
	病院名				
受診している					
医療機関	診療科 科				
	17	ル			
	ご都合の悪い日:あり なし				
	※都合の悪い日				
相談日に関して					
	ご都合の悪い時間:あり なし				
	※都合の悪い時間				
▼ √÷ 751+0 1/1 +/ =7 ± 1					
【病院担当者記載		口			
セカンドオピニオ	- ン外来受 相談日:令和 年 月 相談場所:予防医学センター	日 時 担当医: ・ 睡 卓 センター・ そ の 他 ()
診可	」 否	- <u>健場</u> とノス			/

ご相談に際して以下の内容の記載をお願い致します。

病名	
現在の状況	通院中・入院中
医師への相談内容	【相談内容】
※記載しきれない 場合には別紙に記 載をお願い致しま す。	
	【治療経過】
	【現在の主治医の治療方針】

その他、セカンドオピニオンに関してご質問等があれば記載してください。