

セカンド オピニオン 外来 申込書

(記入日)平成 年 月 日

○相談者 ①患者本人 ②患者本人とご家族 ③ご家族

※ご家族のみの相談の場合は、患者本人の同意書が必要となります。

○患者様の受診歴
過去に当院に受診したことが 有る ・ ない

(ふりがな)			明・大・昭・平 (歳)
患者様の氏名	(男・女)	生年月日	年 月 日
患者様の現住所	電話() — FAX() —		
※②、③の方が相談される場合のみ記入ください。			
(ふりがな)		患者様との続柄	
相談者の氏名	(男・女)		
相談者の現住所	電話() — FAX() —		

※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。

※現在受診されている病(医)院名・診療科・医師名を記載してください。

病(医)院名	
診療科	
医師名	

【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】