

## セカンドオピニオン外来予約申込書

記入日： 令和 年 月 日

|                                         |   |             |                    |                     |             |
|-----------------------------------------|---|-------------|--------------------|---------------------|-------------|
| (フリガナ)<br>患者氏名                          |   | 生年月日        | (大・昭・平・令)<br>年 月 日 | (年齢)<br>歳           | (性別)<br>男・女 |
| 住所                                      | 〒 |             |                    | 【連絡先】<br>電話<br>携帯   |             |
| (フリガナ)<br>相談者氏名                         |   | (性別)<br>男・女 | 【患者との続柄】           | 【総来院人数】<br>人        |             |
| 住所                                      | 〒 |             |                    | 【連絡先】<br>固定電話<br>携帯 |             |
| 現在の病名                                   |   |             |                    | 希望する<br>診療科         |             |
| 具体的な相談内容 ( 治療方針・手術適応・手術方法等 )            |   |             |                    |                     |             |
| 患者さんの現在の状況 (○で囲んでください) 入院中・通院中 ・その他：【 】 |   |             |                    |                     |             |
| 【入院中・通院中】に○で囲んだ方は下記に記入をお願い致します。         |   |             |                    |                     |             |
| 医療機関名                                   |   |             |                    |                     |             |
| 診療科名 主治医                                |   |             |                    |                     |             |