

セカンドオピニオン外来申込書

申込日 年 月 日

医療機関名
診療科・医師名

電話番号

FAX番号

患者情報	診察券番号	(当院の診察券をお持ちの方はご記入ください)			
	フリガナ				
	氏名/性別	(男 ・ 女)			
	生年月日	年	月	日	(歳)
	連絡先	電話番号 ()	—	—	—
		携帯電話	—	—	—
相談者情報	相談者	本人	・	代理人	(※代理人の場合は以下ご記入ください)
	フリガナ				
	氏名/性別	(男 ・ 女)			
	連絡先	電話番号 ()	—	—	—
		携帯電話	—	—	—
申込内容	疾患名				
	相談内容	診断	検査結果	治療方針	手術方法等
	症状 経過 現在の処方 検査結果等	<input type="checkbox"/> 外来通院中 <input type="checkbox"/> 入院中(退院予定あり 月 日) <input type="checkbox"/> 持参(<input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> フィルム <input type="checkbox"/> プレパラート) <input type="checkbox"/> 別紙診療情報提供書参照			
	希望日	第1希望 (年 月 日)			
		第2希望 (年 月 日)			

以下の内容をご確認の上、セカンドオピニオン外来に申し込みください。

- 当院HPを確認し、対象疾患、セカンドオピニオン外来を利用できないケースをご確認ください。
- セカンドオピニオン外来は保険診療ではありません。HPより料金費用をご確認ください。