

セカンドオピニオン外来申込書

| | | | | |
|-----------|--------------------|---|---------|---------|
| 患者様に関する事項 | フリガナ | | 生年月日 | 大・昭・平・令 |
| | 氏名 | (男・女) | | 年 月 日 |
| | 住所 | 〒 | 電話番号 | () - |
| | 当院診察券 | (いずれかを○で囲んでください) 持っている (ID 番号) 持っていない | | |
| | 氏名 | | 患者様との関係 | |
| | 住所 | 〒 | 電話番号 | () - |
| | 来院される方 | (いずれかを○で囲んでください) 患者様本人 ・ 患者様本人と家族 ・ 家族のみ | | |
| | 相談希望の診療科 | | | |
| | 相談希望日 | 月 日 | 第2希望日 | 月 日 |
| | ご持資料等 ○で囲んでください | 紹介状(必ずご持参ください) CT MRI その他() | | |
| | 病名又は症状 | | | |
| | 紹介医療機関 主治医名 | | | |
| | 相談事項 | | | |