

セカンドオピニオン申込書

申込日：西暦 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日	年 月 日 (歳)
患者氏名		男・女		
診察券番号	当院受診歴 有 ・ 無			
住 所	〒			
連絡先	電 話：		携 帯：	
フリガナ		患者さんとの 続柄	本人・配偶者・親・子 兄弟姉妹 そ の 他 ()	
相談者氏名				
住 所	〒			
連絡先	電 話：		携 帯：	
希望診療科				
病 名				
相談内容				
おかけの 医療機関	病院名：		(入院中 ・ 通院中)	
	診療科：	科	医師	
資 料	診療情報提供書および関連資料はお手元にありますか？ 手元にある ・ これから準備 (月 日までに手元に揃う予定)			
相談日 同席者	<input type="checkbox"/> 患者本人のみ <input type="checkbox"/> 患者本人・家族(続柄：) <input type="checkbox"/> 患者家族のみ【「同意書」および「戸籍謄本」必須 ※15歳未満の患者さんの相談を除く】			

※患者相談室担当者記入欄

実施日時	年 月 日 () 時 分から
担当医師	科 医師
日時決定通知	年 月 日 (郵送 ・ 電話)