

セカンドオピニオン申込書

セカンドオピニオン外来の趣旨を十分に理解し、特に訴訟等の目的に使用しないこと及びセカンドオピニオン料として定められた費用（自費）を支払うことに同意のうえ、下記のとおりセカンドオピニオン外来を申し込みます。

申込書記入日 平成 年 月 日 氏名 印

患者氏名等	フリガナ 男・女	
	氏名	生年月日 年 月 日生(歳)
	住所	〒
	電話番号	
相談者氏名等	※患者ご本人が相談される場合は、記入していただく必要はございません。	
	フリガナ 患者との続柄 () 男・女	
	氏名	生年月日 年 月 日生(歳)
	住所	〒
	電話番号	
現在の 通院先・入院先	病名	
	病院	
	診療科名	【通院中・入院中・その他 ()】
	主治医氏名	
	主治医連絡先	
相談したい 内容等		
現在の状態 その他		

病院 記入 欄	受診の可否 可 ・ 否
	受診日時 平成 年 月 日 時 分