

年 月 日

セカンドオピニオン外来申込書

患者氏名	ふりがな	男	生年月日
	氏名	女	大・昭・平・令 年 月 日
	住所〒		
TEL ()			
相談者 (代表者)	ふりがな	男	患者との続柄
	氏名	女	
	住所〒		
TEL ()			
病名	1)		
	2)		
	3)		
現況	入院中 通院中 その他 ()		
相談内容			
相談希望日	年 月 日 午前・午後 時頃		
セカンドオピニオンを受けることを患者本人は同意している			はい いいえ
診療経過が判る資料の有無 (紹介状、レントゲンフィルム、検査結果等)			有 無
医療機関名	診療科		
主治医名			

※セカンドオピニオン外来は保険適用がありませんので、実費負担いただきます。

セカンドオピニオン外来決定日	年 月 日 午前・午後 時		
セカンドオピニオン担当医	診療科	Dr名	
申込者への連絡	済み 未済		