

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 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 |
| 診療経過がわかる資料の有無 (診療情報提供書、画像データ、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については、健康保険の適用はないため、全額自費となります。