

## セカンドオピニオン申込書

|              |                      |     |              |         |              |
|--------------|----------------------|-----|--------------|---------|--------------|
| 申込日          | 令和 年 月 日             |     |              |         |              |
| フリガナ         |                      |     |              | 性別      | 男・女          |
| 患者様氏名        |                      |     |              |         |              |
| 生年月日         | 明治 大正 昭和 平成 令和 年 月 日 |     |              |         |              |
| 患者様住所        | 〒                    |     |              |         |              |
| 連絡先          | 電話 自宅                | -   | -            | FAX     | -            |
|              | 携帯                   | -   | -            |         |              |
| 受診歴の有無       | 有 (当院診察券番号 - - ) ・ 無 |     |              |         |              |
| 相談者名         |                      |     | 面談者数         | 患者様との続柄 |              |
|              |                      |     | 人            |         |              |
| 相談者住所        | 〒                    |     |              |         |              |
| 希望診療科<br>担当医 | 電話 自宅                | -   | -            | FAX     | -            |
|              | 【診療科】                |     |              | 【担当医名】  |              |
| 希望日時         | ① 令和 年 月 日 ( ) 時間    |     |              |         |              |
|              | ② 令和 年 月 日 ( ) 時間    |     |              |         |              |
|              | ③ 令和 年 月 日 ( ) 時間    |     |              |         |              |
| 治療中の<br>医療機関 |                      |     | 診療科及び<br>医師名 | 診療科 :   |              |
|              |                      |     |              | 医師名 :   |              |
| 相談目的         |                      |     |              |         |              |
| 相談内容         |                      |     |              |         |              |
| 申込書受理日       | 令和 年 月 日             | 受付者 |              | 実施日時    | 令和 年 月 日 ( ) |
| 電話連絡日        | 令和 年 月 日             | 連絡者 |              |         | 時 分 ~        |

※ 太枠の中をご記入ください。

※ 受診日が決定しましたら、最下段の実施日時を記載して患者様に送付いたしますので、当日ご持参ください。