

セカンドオピニオン外来 申込書

私の病状について診断の内容や、現状及び今後の治療方法等に関するセカンドオピニオンの提供を別紙「セカンドオピニオン外来の案内」の記載事項に同意の上、申し込みいたします。

令和 年 月 日

患者本人署名・捺印

印

本人以外の場合の相談者署名・捺印

印

相談者	本人	家族（その他）
患者氏名・性別	フリガナ： 氏名： (男・女)	
生年月日（年齢）	明治 大正 昭和 平成 令和 年 月 日 歳	
相談者連絡先（本人）	住所： 電話： () FAX： () メールアドレス @	
相談者氏名 （本人以外の場合）	フリガナ： 氏名： (続柄：) 電話： () FAX： () メールアドレス @	
連絡先		
主治医の医療機関		病院・診療所・他
診療科・医師名		電話： () FAX： () 科 先生

医療機関記入欄

相談の可否	可 ・ 否	（否の場合、理由を相談者へご連絡します）	
相談予定日	第1候補：	年 月 日	（担当医師： ）
	第2候補：	年 月 日	（担当医師： ）
申込書受理日	担当者	備考	
		ID:	