セカンドオピニオン外来申込書

私はセカンドオピニオン趣旨を理解し、訴訟等の目的に使用しないこと、また自由診療料金として定められた料金を支払うことを同意の上、貴院のセカンドオピニオン外来を申込みます。

お申込み日：西暦　　年　　月　　日

患者氏名	ふりがな
生年月日	大正・昭和・平成　　年（西暦　　）　　月　　日　　歳（男　女）
相談者氏名 ※相談者がご本人の場合記入は不要	ふりがな
	患者との続柄：
相談者住所	〒
第一連絡先	自宅　携帯　その他（　　） 氏名：　　続柄(　　）電話番号：
第二連絡先	自宅　携帯　その他（　　） 氏名：　　続柄(　　）電話番号：
※第一連絡先・第二連絡先を必ず記載してください。	
受診している医療機関	病院名
	診療科　　科　　先生
相談日に関して	ご都合の悪い日：あり　　なし ※都合の悪い日
	ご都合の悪い時間：あり　　なし ※都合の悪い時間

ご予約確定後にご用意頂く資料	□診療情報提供書 その他ご用意頂けるもの　□検査データ　□画像データ　□その他

【病院担当者記載欄】

セカンドオピニオン外来受診　　可　否	相談日：令和　　年　　月　　日　　時　　分　担当医： 相談場所：予防医学センター・腫瘍センター・その他（　　）

ご相談に際して以下の内容の記載をお願い致します。

病　名	
現在の状況	通院中　　・　　入院中
医師への相談内容 ※記載しきれない場合には別紙に記載お願いします。	【相談内容】 【治療経過】 【現在の主治医の治療方針】

その他、セカンドオピニオンに関してご質問等があれば記載してください。