

セカンドオピニオン外来申込書

セカンドオピニオン外来の趣旨及び自費診療であることに同意の上、
以下の内容で、貴院のセカンドオピニオン外来を申し込みます。

申込書記入日 年 月 日

患者様	(フリガナ) 氏名	() 様	性別 (男 ・ 女)
	生年月日	(S ・ H ・ R)	年 月 日 (才)
	ご住所	〒	
	電話番号	()	—
	携帯電話	()	—
相談者 <small>患者様ご本人が 相談される場合は 記入不要です。</small>	(フリガナ) 氏名	() 様	性別 (男 ・ 女)
	ご住所	〒	続柄
	電話番号	()	—
	携帯電話	()	—
患者様の現在の状況 (いずれかを○で囲んでください)			
入院中 ・ 通院中 ・ その他 ()			
疾患名			
上記に関する 医療機関・主治医の情報	医療機関等の名称：		
	科 先生		
	住所： 都・道・府・県 市		
ご相談の具体的な内容 (別紙のご準備があればそちらをご提出ください。)			
ご提出頂ける資料 <input type="checkbox"/> 診療情報提供書 <input type="checkbox"/> 検査データ <input type="checkbox"/> 画像データ (MRI、CT、X線など) <input type="checkbox"/> その他 ()			

