

## 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说明書に記載された事項及び料金の自費での支払いに同意し、以下の内容で貴センターのセカンドオピニオン外来での相談を申し込みます。

患者	氏名		生年月日		年齢	性別
	ふりがな		年 月 日		歳	男・女
	住所				連絡先	
					自宅 携帯	
相談者	氏名	続柄	年齢	性別	連絡先	
	ふりがな		歳	男・女	自宅 携帯	
患者さんの状況		入院中 ・ 通院中 ・ その他				
		病名：				
治療中の医療機関 (診療情報を提供してくれる医療機関)		医療機関名： _____ 診療科名： _____ 医師名 _____				
診療情報提供書		既に入手済み ・ これから依頼する				
希望する診療科		診療科名 _____ 科				
患者さんの来院の可否		患者の来院可 ・ 患者の来院不可 (相談者のみ来院)				
相談したい内容						
実施希望時期		年 月 日ころ 都合のつく曜日・時間等 _____				