

セカンドオピニオン外来申込書

セカンドオピニオン外來說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のうえ、
以下の内容で埼玉県立小児医療センターでのセカンドオピニオン外来の受診を申し込みます。

患者 情報	氏 名	生 年 月 日	年 齢	性 別
	ふりがな	平成・令和		
		年 月 日生	歳	男・女
	住 所		連 絡 先	
	〒 —		自宅 () 携帯 ()	
相 談 者 情 報	氏 名	生 年 月 日	年 齢	患者との続柄
	ふりがな	大正・昭和・平成・令和		
		年 月 日生	歳	
	住 所		連 絡 先	
	〒 —		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 _____ 科 医師名 _____		
セカンドオピニオン 外来用の診療情報		既に入手済み ・ これから依頼する		
希望する診療科		_____ 科 _____ 医師 ※治療中の医療機関で指定された診療科名・医師名を記入してください。		
患者さん来院の可否		患者来院可 ・ 患者来院不可 (相談者のみ来院)		
相談したい内容				
実施希望時期		令和 年 月 日頃 都合のつく曜日・時間帯 ()		