

## セカンドオピニオン申込書

申 込 日	年      月      日 (      )			
フリガナ			性別      男・女	
患者氏名				
生年月日	M T S H      年      月      日			
患者住所	〒			
連絡先	電話(自宅)      -      -      (FAX) (携帯)      -      -			
受診歴の有無	あり(診察券番号      )・なし			
面談者氏名 (家族の場合)		面談者数 人	患者様と の関係	
申込者の連絡先	自宅      -      -      携帯      -      -			
希望日時	年      月      日 (      )		午前 ・ 午後	
	年      月      日 (      )		午前 ・ 午後	
	年      月      日 (      )		午前 ・ 午後	
治 療 の 状 況	治療中の 医療機関		診療科及び 医師名	診療科： 医師名：
	現在の 状況	通院中 ・ 入院中(入院日      年      月      日)		
	病名			
	相談した 内容			
申込書受理日		受付者		実施日時      月      日 (      ) 時      分
電話連絡日		連絡者		

太枠の中をご記入ください。

希望日時は申し込み日から2～3週間先を記入してください。

実施日決定後下段の実施日時を記載し再度患者様へ送付しますので、当日ご持参ください。