

セカンドオピニオン外来申込書

訴訟等の目的に使用しないこと及び自由診療料金として定められた金額を支払う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受診を申し込みます。

平成 年 月 日

氏名 _____ 印 _____
(患者様または同意を得ているご家族-委任状添付)

ふりがな		生年月日・性別
患者様のお名前		大正・昭和・平成 年 月 日(歳) 男・女
患者様のご住所	〒 連絡先(- -)/FAX(- -)	
当院への受診歴	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない *ある場合は診察券番号()	
ふりがな		生年月日・性別
相談者ご氏名		大正・昭和・平成 年 月 日(歳) 男・女
相談者のご住所	〒 連絡先(- -)/FAX(- -)	
疾患名	① _____ ② _____ ③ _____	
希望診療科	【 _____ 】科を希望	
相談希望日 (複数ご記載下さい)	第一 月 日() / 第二 月 日() / 第三 月 日()	
相談目的 (該当するものすべてに○)	1. 外科的治療法と内科的治療法のどちらかを選択するか迷っている 2. 現在の治療法以外の治療法がないか相談したい 3. 大きな手術などを受けるように勧められている 4. その他 (下欄にご記入ください)	
今までの経過 (ご自由にご記入下さい)		
現在の状況 (ご自由にご記入下さい)	入院・通院・在宅 (該当する箇所にも○をしてから現在状況をご記入願います)	
主治医の医療機関名 とお名前	医療機関名 : _____ 診療科名・主治医名 : (_____ 科) (_____ 先生) 住所・電話 : _____ 電話 _____	
ご用意いただける資料		