

## セカンドオピニオン外来申込書

FAX 0138-55-3327

※太枠の中をご記入下さい

No.

申込日：平成 年 月 日

患者様	ふりがな	男	生年月日
	氏名	女	大・昭・平 年 月 日
	住所 〒		
電話番号 ( )			

患者様以外の方がご相談にこられる場合（御本人がこられる場合は記載の必要はありません）

セカンドオピニオンを受けることを患者本人は同意している		はい	いいえ
相談される方	ふりがな	男	患者様との続柄
	氏名	女	
	住所 〒		電話番号 ( )

## 患者様の状態、資料、ご相談内容等

現在の状態 入院中 通院中 その他 ( )	
入院中（入院した）または通院中（通院した）の病院及び診療科名	
病名	
診療経過がわかる資料（紹介状、レントゲンフィルム、検査結果等の有無）	有 無
入院中または通院中の病院及び診療所の医師の受諾の有無	有 無
ご相談の内容（ご自由にお書き下さい。スペースが足りない場合には別紙でも結構です）	

※ セカンドオピニオン外来は保険外診療ですので、7,560円を負担していただきます。

## 病院記載欄

セカンドオピニオン外来決定日	平成 年 月 日	午前・午後	時
セカンドオピニオン担当医師	診療科名	科	氏名
申込者への連絡	済	未	

