

## セカンドオピニオン外来申込書

令和 年 月 日

|   |   |
|---|---|
| 患者さん氏名、性別   | フリガナ<br>様 (男 女)   |
| 生年月日(年齢)  | (大正 昭和 平成 令和) 年 月 日 ( 歳)                                    |
| ご住所   | 〒   |
| ご連絡先<br>午前9時～午後5時で連絡の<br>とれるものに印をおつけください          | <input type="checkbox"/> 電話番号 ( ) —                         |
|   | <input type="checkbox"/> 携帯番号 ( ) —                         |
| 当院の受診歴  | ある なし *ある場合は下記をご記入ください                                      |
| * 診察券番号   |   |
| ご相談者<br>(○をつけて下さい)                                | ご本人                      ご本人とご家族                      ご家族のみ |
| 疾患名   |   |
| ご相談の具体的内容<br>(ご自由にお書きください。用紙が不足する場<br>合は別紙でも結構です) |   |
| 現在受診の<br>医療機関と主治医名<br>および連絡先                      | 病院、 医院<br>科                      先生<br>電話番号 ( ) —           |
| ※当院使用欄<br>申込者への連絡 済・未                             | 実施日 年 月 日 時 分<br>担当診療科                      医師名             |