

## セカンドオピニオン外来申込書

訴訟など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、下記の内容でセカンドオピニオン外来を申し込みます。

令和 年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_ 印 患者さんとの続柄 \_\_\_\_\_

		申込日: 令和 年 月 日
患 者	ふりがな 氏 名	生年月日 平成・令和 年 月 日 ( ) 歳
	住 所 〒	
	電 話 ( )	
相 談 者	ふりがな 氏 名	相談者との続柄
	住 所 〒	
	電 話 ( )	
疾患名		
希望する診療科	科	
相談事項		
現在の状態	通院中 ・ 入院中	
受診中の医療 機関と主治医	( ) 病院・診療所 ( ) 科 ( ) 先生	
診療経過が分かる資料の有無 (□にレを付けて下さい)	<input type="checkbox"/> 紹介状 (診療情報提供書) <input type="checkbox"/> 画像記録フィルム (MRI・CT・X線フィルム) <input type="checkbox"/> 検査結果 <input type="checkbox"/> その他 ( )	

### ※病院記入欄

カンドオピニオン外来日	令和 年 月 日 午前 ・ 午後 時
セカンドオピニオン担当医師	( ) 科 氏名 ( )
申込込者への連絡	済 ( 月 日) ・ 未
お預かりした画像 記録フィルム等	画像記録フィルム (MRI 枚・CT 枚・X線フィルム 枚) その他 ( )