セカンドオピニオン外来申込書

平成　　年　　月　　日

○ 相談者　　患者本人　・　患者本人とご家族　・　ご家族

※ご家族の場合は、患者本人からの同意書（様式は任意）が必要となります。

○ 患者様の受診歴　　過去に当院に受診したことが　ある　・　ない

ある場合は　　ID番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

(ふりがな)		生年月日	明・大・昭・平　(年齢　　歳)
患者様の氏　名	（男・女）		年　月　日
患者様の現住所	電話（　　）　－	FAX（　　）　－	
(ふりがな)		患者様との続柄	
相談者の氏　名	（男・女）		
相談者の現住所	電話（　　）　－	FAX（　　）　－	

※住所電話番号等が患者様と同一の場合は、記入する必要はありません。

希望日時	月　日（金）　午後　時 ～ 時
	月　日（金）　午後　時 ～ 時
	月　日（金）　午後　時 ～ 時

※希望日時は複数記載してください。但し、全て金曜日の午後2時以降となります。
調整後、実施日通知書にて確定します。

【相談目的】 （診断・検査結果・治療方針・手術適応・手術方法等）
【具体的内容】

現在受診されている病（医）院名・診療科・医師名を記載して下さい。

病(医)院名	
診療科	
医師名	

医療法人済衆館　済衆館病院