

# セカンドオピニオン外来申込兼問診票

希望日	平成	年	月	日
-----	----	---	---	---

## ■『患者さま』の情報をご記入下さい

ふりがな 氏 名		様 男・女	生年月日 大・昭・平	年	月	日生 ( 歳)
ご住所 〒 -						
自宅電話：			携帯電話：			
現在の状況 通院中・入院中			ご病名			
治療中の病院名及び住所						
主治医のお名前			代表電話：			
科 医師名						
ご相談で特に聞きたいこと						
同伴者(もしいらしたら)以下に○をしてください 夫 ・ 妻 ・ 息子 ・ 娘 ・ 父 ・ 母 ・ 兄弟(姉妹) ・ その他( )						
セカンドオピニオンを希望する診療科及び医師名						
科 医師名						
提出資料にチェック <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください						
<input type="checkbox"/> 紹介状(診療情報提供書) <input type="checkbox"/> 画像情報( 枚) <input type="checkbox"/> 検査記録等 <input type="checkbox"/> その他( )						

## ■『申込者』の情報をご記入下さい ※患者ご本人さまと同一の場合は記入不要

ふりがな 氏 名		様 男・女	生年月日 大・昭・平	年	月	日生 ( 歳)
ご住所 〒 -						
自宅電話：			携帯電話：			

※セカンドオピニオン外来を受ける方が患者ご本人でない場合、ご本人の意思を確認する「同意書」が必要です。

私はセカンドオピニオン外来を訴訟等の目的に使用しないこと及び自由診療費として定められた金額を支払うことに同意のうえ、以下の内容で申し込みます。

平成 年 月 日

申込者 \_\_\_\_\_ (印) 患者との続柄 \_\_\_\_\_