

セカンドオピニオン申込書

患者情報

申込日 令和 年 月 日

フリガナ		男	ID	
氏名		女	生年 月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日 才
住所	〒 -			
連絡先	TEL :	FAX :		
患者状況	入院中 通院中			

申込者	患者本人 同居家族・親族（下記記入）		
氏名	（患者本人である場合は不要）		
住所			TEL :
			FAX :

相談者	患者本人 患者本人と同居家族・親族 同居家族・親族(同意書必要)		
病名			
相談内容（具体的に）			
希望診療科		医師名 :	
持参資料	診療情報提供書 検査データ 画像データ MR・CT・単純撮影画像（フィルム・CD-R）		
相談希望日	いつでも可能 不可日（ ）		
	第1希望日 月 日（ ） 第2希望日 月 日（ ）		
連絡方法	電話	FAX	郵送

受診中医療機関名

医療機関名		TEL :
		FAX :
診療科名		医師名 :
住所	〒 -	