

セカンドオピニオン申込書

患者情報

申込日 平成 年 月 日

フリガナ		男	ID	
氏名		女	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 才
住所	〒 ー			
連絡先	TEL :	FAX :		
患者状況	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院中			

申込者	<input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 患者本人と同居家族・親族 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書 <input type="checkbox"/> 検査データ <input type="checkbox"/> 画像データ MR・CT・単純撮影画像（フィルム・CD-R）		
相談希望日	<input type="checkbox"/> いつでも可能 <input type="checkbox"/> 不可日（ ）		
	<input type="checkbox"/> 第1希望日 月 日（ ） <input type="checkbox"/> 第2希望日 月 日（ ）		
連絡方法	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 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	〒 ー		