

医療法人 原三信病院 セカンドオピニオン外来 申込書

患者	受診歴	当院に受診したことはありますか？ なし ・ あり (診察券番号 - )			
	ふりがな 氏名		男女	明・大・昭・平 年 月 日生	歳
	住所	〒			TEL - -
相談者	ふりがな 氏名		患者との続柄	連絡先【自宅・携帯・その他( )】 TEL - -	
	住所	〒			FAX番号【なし・あり】 FAX - -
希望診療科(必ずご記入ください) 【 】 科					
病名					
相談の目的					
今までの経過					
現在の状況					
受診している 医療機関		病院名： 診療科： 科 主治医： 先生			
備考	相談日 同席者	1. 患者本人のみ 2. 患者本人、家族( ) 3. 成年患者家族のみ( )【同意書必須】 4. 未成年患者家族のみ【同意書不要】			

「セカンドオピニオン外来のご案内」の内容を了承した上で、以上のとおり申し込みます。

年 月 日 相談者氏名 印