

(様式2)

セカンドオピニオン外来予約申込書

□	□	□	-	□	□	□	□	-	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

年 月 日

患者様	(フリガナ)			男 (M)	旧	姓
	氏名			女 (F)		
	生年月日	明大昭平令 M T S H R	年	月	日	歳
	住所					
TEL / FAX		/				
相談者様	フリガナ			男 (M)	患者様との続柄	
	氏名			女 (F)		
	住所					
TEL / FAX		/				
ご紹介元医療機関名	貴医療機関名					
	診療科・医師名					
	ご担当者様					
	代表電話番号					
	FAX番号					
ご	希望診療科等	科 (希望医師:)				
	ご希望日	第1希望	年	月	日	()
		第2希望	年	月	日	()
相談内容	※ご相談の目的 (あてはまるものすべてに○を記入して下さい) 1 外科的治療法と内科的治療法のどちらを選ぶかで迷っている。 2 現在の治療法以外の治療法がないか相談したい。 3 大きな手術などを受けるように勧められている。 4 その他 (下欄にご記入願います)					
	※質問をしたい事柄について、下欄に箇条書きでご記入願います。					

※上記の項目にご記入のうえ、かかりつけ医からの診療情報提供書を添えて提出をお願いします。