

セカンドオピニオン外来 申込書

セカンドオピニオンの目的を理解し、定められた費用（健康保険適用外）を支払うことに同意の上、以下の内容でセカンドオピニオン外来を申し込みます。

記入日 年 月 日

| | | | |
|-----------|-------------------|-------|------------|
| 患者氏名 | (フリガナ) | | |
| 生年月日 | 明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令 | 年 | 月 日 |
| 年齢・性別 | 男 ・ 女 | | 歳 |
| 住所 | 〒 | | |
| 電話番号 | | | |
| 病名 | | | |
| 患者様の現在の状況 | (病院名) | | |
| | (診療科) | | |
| | ・ 入院中 | ・ 通院中 | ・ 在宅 ・ その他 |
| | (主治医氏名) | | |
| 相談内容 | | | |

※ご相談者が患者様ご本人の場合は記入の必要はありません。

| | | | |
|-------|--------|--|--|
| 相談者氏名 | (フリガナ) | | |
| 続柄 | | | |
| 住所 | 〒 | | |
| 電話番号 | | | |

確定内容（病院記載欄）

| | | |
|------|-----------|-----|
| 予約日時 | 年 月 日 () | 時 分 |
| 担当医 | | |
| 備考 | | |

- ・セカンドオピニオン外来当日には、主治医からの紹介状・検査資料をお持ち下さい。
- ・患者様ご本人であることを証明できるもの（運転免許証・健康保険証等）
- ・セカンドオピニオンを受けられるのが患者様ご本人でない場合は、患者様ご本人との続柄を証明するもの（健康保険証・住民票等）をお持ち下さい。