

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。