セカンドオピニオン外来申込書

訴訟等の目的で使用しないことに同意の上、下記のとおり貴院セカンドオピニオン外来を申込いたします。

令和　　年　　月　　日　　氏　名　　印

フリガナ			
患者氏名	様	（男・女）	T／S／H／R　年　月　日生（　歳）
患者住所	〒		
フリガナ		患者との続柄	ご本人 ・（　　）
面談者氏名	様		
面談者住所	〒		
連絡先	TEL:	FAX:	
他に同席する面談者氏名		患者との続柄	
		患者との続柄	
現在の受診状況	医療機関名		
	医療機関住所	〒	
	疾患名		
	主治医	科	先生
面談希望日	第1希望日	年　月　日（　）午前・午後　時　分	
	第2希望日	年　月　日（　）午前・午後　時　分	
	第3希望日	年　月　日（　）午前・午後　時　分	
予定資料	□紹介状(診療情報提供書)	□ レントゲンフィルム	□ CD-R（画像データ）
	□検査データ	□ その他（　　）	

ご相談の内容(要点を簡潔に記入してください)

草加市立病院