

セカンドオピニオン申込書

フリガナ		生 年 月 日	性 別
患者さんのお名前		明・大・昭・平・令 年 月 日(歳)	男・女
患者さんのご住所	〒 電話番号 ()		
フリガナ		患者さんとの 続柄	
相談者氏名			
相談者住所	〒 電話番号 ()		
(1) 面談ご希望日			
① 月 日 曜日 ② 月 日 曜日 ③ 月 日 曜日			
(2) 患者様の現在の状況 (入院中・通院中・在宅)			
病名: _____			
当院受診歴: 有り・無し			
紹介状: 有り・無し			
検査資料: 有り・無し ※検査資料・CD-ROM等は紹介状と一緒にご郵送ください。			
歩行: 一人で歩ける・歩けない			
食事: 普通に食べられる・少し食べられる・食べられない			
その他の状況:			
(3) 患者様の今までの経過			
※担当医師を決定するにあたり、お差支えない程度に、詳細をお知らせください。			
(4) 入院先または通院先			
病院名: _____			
所在地: _____			
電話: ()			