

セカンドオピニオン外来 申込書

受付 平成 年 月 日

患者様氏名	性別	生年月日	年齢
フリガナ	男	明・大・昭・平	
氏名	・	年 月 日	
	女		
相談者氏名（続柄）	住所・電話 FAX 番号		
()	〒	— Tel	FAX
	住所		
ご相談希望科			
ご相談の目的			
患者様の今までの経過			
患者様の現在の状況（入院中・外来通院中）			
入院先又は通院先			
病医院名		診療科	科
所在地		医師名	先生
電 話	—	—	

※患者様ご本人が当外来にお出でになれない場合は下記ご記入ください。

同意書	<p>私は、私の病状についてセカンドオピニオンを依頼いたします。私の代理として _____に病状等の内容について話をすることに同意いたします。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">患者氏名 印</p> <p>※ ※ 患者様が未成年の場合ご記入ください 親権者氏名</p>
-----	---

(氏名)

相談日 年 月 日 曜日
 時間 時 分～ 時 分