

# セカンドオピニオン外来申込書

稲沢市民病院院長 様

訴訟等の目的に使用しないこと及び自費として別に定められた金額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の受診を申し込みます。

平成 年 月 日

フリガナ	_____ 男・女	生年月日	明・大・昭・平 ( ) 歳
患者さんの氏名			年 月 日
患者さんの住所	〒 _____	電話番号	( ) -

稲沢市民病院の受診 あり (ID \_\_\_\_\_) ・ ない

フリガナ	_____ 男・女	患者さんとの関係(続柄)
家族等の方の氏名		
家族等の方の住所	〒 _____	電話番号 ( ) -

※ 電話番号は、今回の相談に関する連絡ができる電話番号を書いてください。

相談内容 (できるだけ詳しく記載して下さい) 病名 (症状)			
現在受診されている病(医)院について	病(医)院名		
	診療科	連絡先	
現在までの診断及び治療経過	( 入院中 ・ 通院中 ・ 自宅療養中 )		
セカンドオピニオン外来で相談される目的			
相談のため来院される方	患者さん ・ ご家族 ・ 患者さんご家族		
相談を希望する診療科	(特に希望がない場合は、こちらで判断させていただきます。)		
相談希望日	第1希望日	月 日 ( 曜日 )	
	第2希望日	月 日 ( 曜日 )	
	第3希望日	月 日 ( 曜日 )	

## ※市民病院使用欄 (記入しないでください)

受付年月日	平成 年 月 日	患者登録番号	
担当診療科	科	医師	(相談日時連絡記録) 月 日 ( ) 時頃
相談日時	平成 年 月 日 ( )	時 分	[相手方: _____]