様式1

整理番号

セカンド・オピニオン申込書

※太枠内を全てご記入ください

申込日　　年　　月　　日

患者氏名	フリガナ	男・女	明・大・昭・平　年　月　日生　満　歳
患者住所	〒		
面談者氏名	フリガナ	患者との続柄	
面談者住所	〒		
連絡先電話番号	(自宅)　(その他)		
他に同席する面談者氏名			
現在の診療状況	病院等の名称		
	□ 外来通院中　□ 入院中		
事前提出できる資料	□ 病状説明書(紹介状等)	受領 □	
	□ 検査データ	受領 □	返却 □
	□ レントゲンフィルム(CT等を含む)	受領 □ (　枚)	返却 □
	□ その他 (　)	受領 □	返却 □
面談希望診療科	科	面談希望日	第1希望　年　月　日(　) 第2希望　年　月　日(　) 第3希望　年　月　日(　)

意見を求めたい内容(要点を簡潔に記入してください)

資料返却確認欄	受領者署名	

病院記入欄
申込書受理
年　月　日
事前資料受理
年　月　日
担当診療科
担当医師
面談日時
年　月　日 曜日 時　分
面談場所
面談者への連絡
年　月　日
医師要約受理
年　月　日
備　考