セカンドオピニオン申込書

（様式１）

平成　　年　　月　　日

〇相談者　　患者本人　・　患者本人とご家族　・　ご家族のみ

※ご家族のみの場合は、患者本人からの同意書が必要となります。

当日は身分の証明できるもの（保険証・運転免許証・パスポート等）をご持参下さい。

〇患者様の受診歴

過去に当院に受診したことが　　ある　・　ない

ある場合は　　診察券番号　　・　不明

（ふりがな）			明・大・昭・平　（年齢　　歳）
患者者の氏　名	（男・女）	生年月日	年　　月　　日
患者様の現住所	電話（　　）　　－　　ＦＡＸ（　　）　　－		
（ふりがな）			
申込者の氏　名	（男・女）	患者様との続柄	
相談者の現住所	電話（　　）　　－　　ＦＡＸ（　　）　　－		

※住所電話番号等が患者様と同一の場合は、記入する必要はありません。

希望日時	月　日　～　月　日 月　日　～　月　日 月　日　～　月　日

※希望日時は複数又は期間で記載して下さい。調整後、実施日通知書にて確定します。

【相談目的】

１．他院の診断や治療方法、治療方針に対して第3者の専門医としての意見

２．その他　（　　）

※１又は２に〇を付けて下さい。なお、その他の場合は、相談目的を必ず記入願います。

【相談の具体的内容】

現在受診されている病（医）院名・診療科・医師名を記載して下さい。

病(医)院名	
診療科	
医師名	

独立行政法人国立病院機構東尾張病院