

(様式2)

# セカンドオピニオン外来予約申込書

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

平成 年 月 日

患者様	(フリガナ)		男(M)	旧	姓	
	氏名		女(F)			
	生年月日	明大昭平 M T S H	年	月	日	歳
	住所					
TEL / FAX /						
相談者様	フリガナ		男(M)	患者様との続柄		
	氏名		女(F)			
	住所					
	TEL / FAX /					
ご紹介元医療機関名	貴医療機関名					
	診療科・医師名					
	ご担当者様					
	代表電話番号					
	FAX番号					
ご希望	希望診療科等	科 (希望医師: )				
	ご希望日	第1希望	平成	年	月	日 ( )
		第2希望	平成	年	月	日 ( )
相談内容	※ご相談目的 (あてはまるものすべてに○を記入して下さい)					
	1 外科的治療と内科的治療のどちらを選ぶかで迷っている。 2 現在の治療法以外の治療法がないか相談したい。 3 大きな手術などを受けるように勧められている。 4 その他 (下欄にご記入願います)					
※質問をしたい事柄について、下欄に箇条書きでご記入願います。						

※上記の項目にご記入のうえ、かかりつけ医からの診療情報提供書を添えて提出をお願いします。