

# セカンド・オピニオン外来 申込書

記入日: 年 月 日

## ☆お申込に来られた方

お名前	患者様とのご関係
連絡先	

## ☆患者様について

お名前	生年月日: 年 月 日
ご住所	
現在受診しておられる医療機関名	
診療科	
主治医からお聴きになられている現在の病状・治療方針	
セカンド・オピニオンでお聴きになりたいこと ご相談したいこと	

\* ☆印の項目をすべてご記入ください

### 担当者記入欄

受付日: 年 月 日 予約日時: 年 月 日 時~ 診察連絡日: 年 月 日

必要な診療情報  紹介状  血液検査結果( 回分)  画像( )  
 その他( )  委任状

備考: 担当MSW:

# セカンド・オピニオン外来 予約票

予約日時: 年 月 日( ) 時~

\* 上記予約時間の15分前に、受付にお越しく下さい

\* 急患への対応などの事情で、診察予定が遅れる場合があるのでご了承願います

\* 予約の変更をご希望の方は、平日の9時~17時に当院受付宛にご連絡をお願いします

○ご持参いただくもの(診察当日、下記のを必ずご持参願います)

紹介状(診療情報提供書)  血液検査の結果( 回分)

画像( )

患者様の健康保険証  患者様の医療証

患者様からの委任状