

セカンド・オピニオン申込書

年 月 日

患者名	氏名		
	生年月日	明治・大正・昭和・平成	年 月 日
	住所		
	電話番号		
申請書	氏名		
	患者との関係		
	住所 <small>(本人の場合は記載不要)</small>		
	電話番号 <small>(本人の場合は記載不要)</small>		
セカンド・オピニオンを実施する診療科及び担当医 (担当医師の紹介がある場合は記入)		科	医師
		科	医師
セカンド・オピニオンの対象疾患			
現在の治療や病態等 (担当医の紹介が無い場合に担当医を決めるためご記入ください。)			

----- 病院使用欄 -----

次の通り取り扱うこととします。

実施日時	第一希望	年 月 日 () 時 分
	第二希望	年 月 日 () 時 分
	第三希望	年 月 日 () 時 分

通知日	担当医	受付
月 日	月 日	月 日