セカンド・オピニオン申込書

平成　　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　者　　氏　名

患者との関係（　　）

住　所（本人の場合記載不要）

電話番号（本人の場合記載不要）

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・オピニオンの対象の疾患	
現在の治療や病態等 （担当医の紹介がない場合に担当医を決める為、ご記入下さい）	

・・・病院使用欄・・・

次の通り取り扱うことに致します

実施日時	第一希望	平成　　年　　月　　日（　　）　　時　　分
	第二希望	平成　　年　　月　　日（　　）　　時　　分
	第三希望	平成　　年　　月　　日（　　）　　時　　分
担　当　医		医　師

＊受付担当者は、担当医師の診療時間以外で日程を記入。

＊担当医師は、時間を記入。

通知日	担当医	受付
月　日	月　日	月　日