

セカンドオピニオン外来予約申込書

私の病状についての診断の内容や、現在及び今後の治療方法等に関するセカンドオピニオン外来を申し込みます。

また、セカンドオピニオン外来の内容は、訴訟等の目的にしないこと及び自由診療料金として定められた金額を支払うことに同意します。

平成 年 月 日

患者本人署名

(18歳以上必須)

本人以外の場合の相談者署名

患者氏名・性別	ふりがな 男 ・ 女		
生年月日・年齢	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)		
矢吹病院受診歴 <small>(天童温泉矢吹クリニック・ 本町矢吹クリニック・ 矢吹嶋クリニック含む)</small>	あり ・ なし (ありの場合、診察券番号と最終来院時期) ()		
相談者氏名 <small>(患者ご本人又は患者の同意を得ているご家族)</small>		患者との続柄	
相談者の住所及び連絡方法	〒 自宅電話番号 FAX 番号 携帯番号		
疾患名			
ご相談内容 ☑してください。 書ききれない場合は、 別紙にお書きください。	☐診断について ☐治療方法について(☐手術、☐化学療法、☐その他()) ☐その他() 具体的な内容		
事前提出できる資料 ☑してください。	☐診療情報提供書(紹介状) ☐検査データ ☐画像データ ☐その他()		
紹介元医療機関		主治医氏名 診療科	() (科)

下記は記入しないでください。

申込書受理日	平成 年 月 日 ()	受理者	
予約日	平成 年 月 日 ()	午前・午後	:
患者への連絡日	平成 年 月 日	担当医	
備考			