

# セカンドオピニオン外来申込書

市立ひらかた病院 病院長 あて

セカンドオピニオン外来の趣旨を理解し、訴訟等の目的に利用しないことに同意して、以下のとおり申し込みます。

\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日 相談者氏名（自署）\_\_\_\_\_

フリガナ			性別	□男 □女
患者氏名				
生年月日	____年 ____月 ____日（ ____歳）			
住 所	〒 _____ 連絡先電話番号（ _____）			
フリガナ	相談者氏名 （患者本人以外 が面談する場合）	患者との 続柄等		
		同席者数		
生年月日	____年 ____月 ____日（ ____歳）			
住 所	〒 _____ 連絡先電話番号（ _____）			
現在の状況	病（医）院		<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 外来通院中	
事前提出資料 （診療情報提供資料）	<input type="checkbox"/> 紹介状（診療情報提供書）			受領 <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 検査データ			受領 <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 画像データ・フィルム			受領 <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> その他（ _____）			受領 <input type="checkbox"/>
【相談内容】 ※要点をまとめて御記入ください				
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				

----- ■以下本院処理欄 ※この欄には記入しないでください。 -----

申込受理日	____年 ____月 ____日	受理者		医師への 資料交付	済 ・ 未
以下医事課連絡事項		取得ID（ _____）			
予約日時	____年 ____月 ____日（ ____）	時 分 ~	相談場所		
診療科	____科	担当医師		同席者	