

## 岩本内科医院セカンドオピニオン外来 申込書

患者	受診歴	当院に受診したことはありますか？ なし ・ あり（診察券番号 _____）		
	ふりがな		男 ・ 女	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日生 歳
	氏名			
	住所	〒 _____		TEL : _____ ( _____ )
相談者	ふりがな		患者との続柄	第一連絡先: 自宅・携帯・その他 ( _____ )
	氏名			第二連絡先: 自宅・携帯・その他 ( _____ )
	住所	〒 _____		
病名				
相談の目的				
今までの経過				
現在の状況				
受診している 医療機関	病院名: _____ 診療科: _____ 科 主治医: _____ 先生			
資料	紹介状 画像 ( フィルム ・ CD-ROM ) その他 ( _____ ) 上記の資料は 手元にある / これから準備 ( _____ 月 _____ 日までに揃う予定)			
相談日 同席者	1 患者本人のみ 2 患者本人、家族(続柄: _____ ) 3 成年患者家族のみ(続柄: _____ )【同意書必須】			

「セカンドオピニオン外来のご案内」の内容を了承した上で、以下のとおり申し込みます。

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

相談者氏名 \_\_\_\_\_ (印)