

# セカンドオピニオン外来予約申込書

藤田医科大学七栗記念病院 病院長様

貴院にてセカンドオピニオン外来を受けたく申し込みます。

申込日 年 月 日

申込者 \_\_\_\_\_ 患者さんからみた続柄 \_\_\_\_\_

連絡先電話番号 \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

※日中に確実に連絡の取れる電話番号(携帯電話等)を2つご記入ください。

## 1. (患者さん情報)

現住所			
本籍			
フリガナ 氏名		男性・女性	明・大・昭・平・令 年 月 日生
病名		職業	
受診している病・医院名		主治医名	
お尋ねになりたいことを具体的にお書き下さい。			

## 2. (代理人情報) ※戸籍謄本等、患者さんとの関係を証明できるものをご用意ください。

現住所			
フリガナ 氏名		患者さんから みた続柄	

## 3. (同伴者) ※戸籍謄本等、患者さんとの関係を証明できるものをご用意ください。

フリガナ 氏名		患者さんから みた続柄	
フリガナ 氏名		患者さんから みた続柄	

※患者さんお一人で相談を受けられる場合は1の記入をお願いします。

患者さんがお越しにならずに代理の方がお越しいただく場合は1と2の記入をお願いします。相談者の範囲は患者さん、代理人(配偶者、親子)までです。患者さん、代理の方以外に同伴される場合は3も記入をお願いします。