

セカンドオピニオン申込票

申込日 年 月 日

以下の点をご確認いただき、 内にを入れて下さい

- 完全予約制で、内科、外科、小児科のみの受付です
- セカンドオピニオンは、現在治療を受けている医療機関よりあらかじめ準備いただいた資料（診療情報提供書、検査データ、など）をもとに、当院の医師が意見を提供いたします
- ご相談内容によっては、一般外来をお勧めしたり、お断りすることもあります
- 費用は保険適応外のため、全額自己負担となります

※太枠内のみご記入いただきFAXでお申込みください FAX (075-)702-8412

申込者	氏名	本人・(続柄)	診療科
	連絡先	TEL ()	科
		携帯番号 ()	医師名
患者情報	氏名	(男・女)	
	生年月日	T・S・H・R 年 月 日 (歳)	面談予約日
	住所	〒	月 日
	連絡先	TEL ()	時 分～
		携帯番号 ()	申し送り事項
	現在の状況	<input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 入院中	<input type="checkbox"/> 診察室 診
	当院受診歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 診察券NO:	クランク:
	医療機関名/医師		<input type="checkbox"/> 患者コメント
	面談予定者	本人 ・ 家族 (続柄:) [計: 名]	<input type="checkbox"/> 受付
	ご相談の診療科/疾患名		<input type="checkbox"/> 会計
受診希望日			
備考欄			面談候補日
			①
			②
			③
事前提出書類	診療情報提供書 / CD-R / 他	[返却 有 ・ 無]	③