

セカンドオピニオン外来申込書

稲 沢 市 民 病 院 院 長 様

訴訟等の目的に使用しないこと及び自費として別に定められた金額を支払うことに同意の上、以下の内容でセカンドオピニオン外来の受診を申し込みます。

令和 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日	明・大・昭・平・令（ ）歳 年 月 日
患者さんの氏名				
稲沢市民病院の受診歴 ある(診察券の登録番号:)・ ない				
患者さんの連絡先	〒 -			
	☐ 自宅電話番号 ☐ 携帯番号			
相談のため来院される方	患者さん ・ 相談者 ・ 患者さんと相談者			

※患者さんご本人が相談される場合は、下記のご記入は必要ありません。

※本人以外が相談される場合は「セカンドオピニオン外来同意書」が必要となります。

フリガナ		男・女	患者さんとの関係(続柄)
相談者の氏名			
相談者の連絡先	〒 -		
	☐ 自宅電話番号 ☐ 携帯番号		

※以下にご記入いただいた内容に基づいて調整をいたしますので、できるだけ詳しくご記入下さい。

現在受診されている病(医)院について	病(医)院名			
	診療科		医師名	
	連絡先			
傷病名				
相談内容(できるだけ詳しく記載して下さい)	☐ 別紙(紹介状など)有り			
資料等	☐ 紹介状 ☐ CDR・DVD ☐ 検査結果 ☐ その他()			
現在の状況	☐ 入院中 ☐ 通院中 ☐ その他()			
相談希望日について	☐ 1週間以内 ☐ 2週間以内 ☐ 1ヶ月以内			
	☐ その他()			

※市民病院使用欄 (記入しないでください)				
受付年月日	令和 年 月 日 ()	登録番号		
担当診療科	科 医師		(相談日時連絡記録)	
相談日時	令和 年 月 日 ()	時 分	月 日 () 時頃 [相手方:]	