



## セカンドオピニオン申込書

## ● 患者様と相談者が同一の場合

住 所 〒
氏 名
性 別                      男      女
生年月日                      年      月      日      (      才)
電話番号
連絡のつく電話番号
ファックス番号 (設置している方)
相談希望診療科 (どの診療科かわからない場合は連絡してください)
その他参考となることから (あれば記載してください)

当院担当者より診療科の確認をすることがありますので、ご了承くださいませ。

## ● 患者様と相談者が違う場合 (相談者はご家族に限ります)

相 談 者	住 所 〒
	氏 名
	電話番号
	連絡のつく電話番号
	ファックス番号 (設置している方)
	患者様とのご関係                      患者の
患 者 様 に つ い て	住 所 〒
	氏 名
	性 別                      男      女
	生年月日                      年      月      日      (      才)
	電話番号
	相談希望診療科 (どの診療科かわからない場合は連絡してください)
	その他参考となることから (あれば記載してください)
<input type="checkbox"/>	同意書も一緒に申込みください

当院担当者より診療科の確認をすることがありますので、ご了承くださいませ。

※ 当院整理欄

セカンドオピニオン予約券	
CHECK	