

セカンドオピニオン外来申込書

	申込日	年	月	日
(ふりがな)		<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		
患者氏名	生年月日	年	月	日
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			歳
現住所	〒			
電話番号		FAX		
相談者氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	患者との続柄		
相談者住所	〒			
相談者電話番号		FAX		
疾患名	1.			
	2.			
	3.			
相談の具体的内容 <small>(書き切れない場合は別の紙に記入してください)</small>				
現在の状況	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 自宅療養中			
現在受診中の医療機関	病院名			
	診療科	医師名		
	電話	FAX		

病院使用欄(記入しないでください)				
受付年月日	年	月	日 ()	
患者ID				
相談日時	年	月	日 ()	時 分 ~