

セカンドオピニオン外来申込書

箕面市立病院 宛

別紙「セカンドオピニオン外来のご案内」の内容について了解のうえ、以下のとおりセカンドオピニオン外来を申し込みます。

平成 年 月 日 相談者氏名 ⑩

フリガナ				性別	□男 □女
患者氏名					
生年月日	M・T・S・H	年	月	日	(歳)
住 所	〒 —				
	TEL () —				

相 談 者	<input type="checkbox"/> 本人 ※相談者が本人以外の場合は、同意書が必要です。				
	<input type="checkbox"/> 家族等	フリガナ			続柄
		氏名			
		住所	〒 —		
		TEL () —			

相 談 内 容	(具体的にお書きください。)				
現在の状況	<input type="checkbox"/> 外来通院中	<input type="checkbox"/> 入院中	病院等の名称		
提出する検査資料	<input type="checkbox"/> 紹介状(診療情報提供書) <input type="checkbox"/> 画像データ(CT、MRI等) <input type="checkbox"/> 検査データ <input type="checkbox"/> その他()				
備 考					

◆病院処理欄 ※この欄には記入しないでください。

申込書受理日	平成	年	月	日	検査資料受理日	平成	年	月	日
診 療 科					担 当 医 師				
予 約 日 時	平成	年	月	日	()	時	分		
受 診 場 所					カルテ番号				
受診案内の送付日	平成	年	月	日					
備 考									