セカンドオピニオン外来申込書

平成　　年　　月　　日

○相談者　患者本人　・　患者本人とご家族　・　ご家族
※ご家族の場合は、患者本人からの同意書（様式は任意）が必要となります。

○患者様の受診歴
過去に当院に受診したことが　　ある　・　ない
ある場合は　ＩＤ番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（ふりがな）		生年月日	明・大・昭・平　（年齢　　歳） 年　月　日
患者様の氏　名	（男・女）		
患者様の現住所	電話（　　）　－　　ＦＡＸ（　　）　－		
（ふりがな）		患者様との続柄	
相談者の氏　名	（男・女）		
相談者の現住所	電話（　　）　－　　ＦＡＸ（　　）　－		

※住所電話番号等が患者様と同一の場合は、記入する必要はありません。

希望担当医 診療科	【担当医名】　　【診療科】 アレルギー 疾患
希望日時	月　日　～　月　日 月　日　～　月　日 月　日　～　月　日

※希望日時は複数又は期間で記載して下さい。調整後、実施日通知書にて確定します。
但し時刻は、木曜日の午前（9:00～12:00）となります。

【相談目的】 （診断・検査結果・治療方針等）
【具体的内容】

現在受診されている病（医）院名・診療科・医師名を記載して下さい。

病(医)院名	
診 療 科	
医 師 名	