

浜松医科大学医学部附属病院セカンドオピニオン外来 申込書

訴訟等の目的に使用しないこと及び自由診療料金として定められた金額を支払うことに同意の上、
以下の内容で、貴院のセカンドオピニオン外来受診を申し込みます。

令和 年 月 日 申込者 _____ 印

専用FAX:053-435-2849

患者氏名	ふりがな お名前	性別 男・女	生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日 () 歳
	〒 _____ ご住所 _____ 電話 () _____		
相談者氏名	ふりがな お名前	患者さんとの続柄	
	〒 _____ ご住所 _____ 電話 () _____		
疾患名	#1 #2 #3		
現在の状態	(入院中 ・ 通院中 ・ 自宅療養) 病名 : 知っている ・ 知らない ・ 分からない 歩行 : 一人で歩ける ・ 歩けない 食事 : 普通に食べられる ・ 少し食べられる ・ 食べられない 主な訴え : その他の状況 :		
ご相談具体的な内容			
希望する診療科及び医師名	科 _____		医師 _____
セカンドオピニオンを受けることを患者さんは同意していますか			はい いいえ
添付資料(画像データ、検査結果等)の有無			有 無
主治医の医療機関名・お名前	(_____) 病院 ・ 診療所 (_____) 科 (_____) 先生		
担当者連絡先	氏名: _____	電話: _____	(_____)

受付確認票(病院記載欄)

相談日時	令和 年 月 日 () 時 分
担当医	科 _____ 医師 _____
相談場所	診療科診察室 ・ その他 (_____)