セカンドオピニオン申込書

申込日　　年　　月　　日

星ヶ丘厚生年金病院長　殿

住　所	（〒　　-　　）	
フリガナ 氏　名		連絡先（電話番号） （自宅）（　　）　　-
申込者区分	患者本人・患者家族	（携帯）（　　）　　-

下記のとおり申し込みます。

① 患者氏名	フリガナ	性別	男□ 女□	生年月日（満年齢） M・T　　年　　月　　日（　歳） S・H
現住所	（〒　　-　　）			
連絡先電話番号	（自宅）（　　）　　-　　（携帯）（　　）　　-			
② 面談者氏名 （患者本人以外が面談を受ける場合）	フリガナ	患者との続柄		
		他に同席する面談者数		
③ 現在の診療状況	□ 外来通院中　□ 入院中	病院等の名称		
④ 事前提出できる資料 （診療情報提供資料）	□ 病状説明書（紹介状等）	受領 □		
	□ 検査データ	受領 □		
	□ レントゲンフィルム（CT等含む）	受領 □		
	□ その他　（　　）	受領 □		

⑤所見を求めたい内容（要点を簡単に記入してください）

備　考

※太線枠内は記入しないでください

病院記入欄
申込書受理日
年　月　日
受理者署名
事前資料受理日
年　月　日
受理者署名
担当診療科名
担当医師名
面談予約日時
年　月　日（　） 時　　分～
面談者への連絡日
年　月　日
連絡者署名
備　考