

杏林大学医学部付属病院セカンドオピニオン外来 申込書

『杏林大学医学部付属病院セカンドオピニオン外来のご案内』の内容を十分理解した上で、以下の内容の通りにセカンドオピニオン外来を申し込みます。

(患者様または面談者)

年 月 日

ご署名

㊞

※お申し込み・ご面談は患者様とご家族のみ

フリガナ 患者様氏名	様 (男・女)	生年月日 明・大・昭 平・令 年 月 日 (歳)
〒 — 住所		固定電話 FAX番号 携帯電話
面談者様 氏名	様	患者との続柄 本人・家族 ()
〒 — 住所		固定電話 FAX番号 携帯電話
希望診療科	希望医師名(任意記入)	
<p>※記入いただける希望診療科は1科までとなります。 診療科・医師については、病状により当院で再調整させて頂く場合がございます。</p>		
<p>《傷病名》</p> <p>《ご相談内容・病状等》</p> <p>詳しくご記入ください。記入欄が足りない場合は別紙をご添付ください。</p>		
<p>紹介状のご準備状況(該当項目に○をご記入ください。)</p> <p>1. ご準備済 2. ご準備中→※完成予定日()頃 3. これからご依頼</p> <p>※分かれば完成予定日をご記入ください。</p>		
現在おかけの医療機関名称	診療科	主治医氏名
	科	先生
〒 — 所在地	電話番号	