

神鋼記念病院 セカンドオピニオン外来 申込書

平成 年 月 日 相談者氏名 _____

患者ご本人の氏名・性別		<small>ふりがな</small> (男 ・ 女)
生年月日・年齢		(大正・昭和・平成) 年 月 日生 (歳)
当院の受診歴		無 ・ 有 ・ 不明 (有の場合は 患者番号)
患者本人の 連絡先	住所	〒
	電話番号	電話 - - 携帯 - -
ご相談者の 連絡先	住所	〒
	電話番号	電話 - - 携帯 - -
ご相談者の続柄		患者ご本人の ()
告げられている病名		1.
		2.
		3.
病気に対しての治療		開始している ・ 開始していない
今回の相談で特に希望すること(複数可)		病気に関する説明 ・ 診断について ・ 他の治療法がないか 予後について ・ その他
ご相談の具体的な内容、主に尋ねたい内容についてご記入下さい。 不足する場合は別紙にご記入して頂いて結構です。		
現在受診中の医療機関		病院・医院 _____
主治医名		科 _____ 先生 _____
病院記入欄		資料 : 手元にある ・ これから準備(月 日頃予定) 1. 同意書 2. 診療情報提供書 3. 画像 4. 検査データ 患者ID: _____ 担当医師: _____