# 神鋼記念病院　セカンドオピニオン外来　申込書

年　　月　　日　相談者氏名

| | | | |
|---|---|---|---|
| 患者ご本人の氏名・性別 | | フリガナ | 男　・　女 |
| 生年月日・年齢 | | 大正 ・昭和 ・平成 ・令和　　年　　月　　日 | 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 | | 本 人　・　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) | | 病気について ・ 診断について ・ 他の治療法について ・ 予後について<br>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。<br>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名 | | 病院 ・ 医院　・ 診療所 ・ クリニック | |
| 診療科・医師名 | | 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)<br>1. 同意書　　2. 診療情報提供書　　3. 画像　　4. 検査データ<br>患者ID:　　担当医師: | |