

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、自由診療料金として定められた料金を支払うことを了承した上で、貴院の医師による意見や判断により、現在の治療に際して参考にいたしたく、セカンドオピニオン外来を申込みます。

年 月 日

ご相談者 氏 名： ふりがな ㊟ (患者さんとの続柄：)
(患者さん又は患者さんの同意を得ているご家族)

患者さんの住所・氏名・性別・生年月日・連絡先	〒 住 所	昭・平 年 月 日生 令 (歳)
	ふりがな 氏 名 男・女	電話番号 — —
相談者の方の住所及び連絡先 (患者さんが相談者の場合、記載は不要)	〒 住 所	
	電話番号 — —	
疾患名		
ご相談の内容 (欄が足りない場合は別紙にお書きください。)		
希望診療科	(下記の「※ 診療科」をご参照ください。)	
患者さんの現在の状況	現在 入院中 ・ 通院中 (入院先又は通院先医療機関名及び主治医のお名前) 医療機関名： 診療科名： 科 主治医名： 住 所： 電話番号： — —	
当日ご持参いただく資料	診療情報提供書・X線・CT・MR・内視鏡・超音波・検査記録・その他	

※ 診療科

【内科】循環器内科、内分泌・代謝内科、血液内科、腎・膠原病内科、呼吸器・感染症内科、心療内科、消化器内科、肝胆膵内科、脳神経内科、腫瘍内科

【外科】精神科、小児科、消化器外科、乳腺・内分泌外科、心臓血管外科、呼吸器外科、整形外科、形成・美容外科、小児外科、脳神経外科、皮膚科、泌尿器科、眼科、耳鼻咽喉・頭頸部外科、産科婦人科、放射線治療科、放射線診断科

【歯科】口腔再建外科、顎顔面口腔外科、歯科放射線科、歯科麻酔科、小児歯科・障がい者歯科、矯正歯科、予防歯科、歯周病科、歯の診療科、冠・ブリッジ診療科、義歯診療科、口腔リハビリテーション科、顎口腔インプラント治療部