様式1

セカンドオピニオン外来申込書

年　　月　　日

申　込　者	フリガナ		患者との続　柄			申込者が患者でない場合
	氏　　名	様				患者の同意 □あり □なし※
	住　　所	〒				
	電話番号					
患　　者	フリガナ		性　　別	男 女	生年月日	年　　月　　日 （満　　歳）
	氏　　名	様				
	住　　所	〒				
	電話番号					

ご相談の目的

病状の経過

現在の状況

入院先または通院先

病 院 名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

診 療 科 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所 在 地 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

	受付者	担当診療科	担当医師	予約時間	備考
受付処理欄				/　　時　分～	

※　判断能力がない場合又は15歳未満の場合

埼玉医科大学総合医療センター