様式１

平成　　年　　月　　日

セカンドオピニオン外来申込書

申込者	氏名	様	患者との続　柄		患者の同　意　□あり　□なし（申込者が患者でない場合）
	住所	〒			
	電話番号				

患　者	氏名	様	生年月日	明・大　年　月　日 昭・平　歳
	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 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所 在 地 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

診 療 科 ＿＿＿＿＿＿＿＿

	受付者	担当科	担当医師	予約日時	備考
受付処理欄				月　日（　）　時　分～	

埼玉医科大学総合医療センター