

医療法人伸和会 延岡共立病院 セカンドオピニオン申込書

年 月 日

相談者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族(本人の同意を得られている方) (氏名：                      ) (続柄：                      )	
現在の状況	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院中	
診断名		
患者氏名・性別	ふりがな _____ 氏名： _____ 印 (男・女)	
生年月日・年齢	(大正・昭和・平成・令和) 年 月 日生 ( )歳	
住 所	〒 _____ 住所： _____	
連 絡 先	電話番号： ( ) _____ 携 帯： ( ) _____	
相談者連絡先 (本人以外の申し込みの場合)	〒 _____ 住 所： _____ 電話番号： ( ) _____ FAX 番号： ( ) _____ 携帯電話： ( ) _____	
希望診療科医師名	診療科 (                      )	医師名 (                      )
現在おかけの医療機関名	(                      )病院・医院・診療所	
現在おかけの先生のお名前	(                      )科	(                      )先生
相談の目的(あてはまるものすべてに○をつけてください) i) 現在の診断や治療について説明を受けたい ii) 他に可能な治療法があるか知りたい iii) その他(                      )		
質問したいこと (箇条書きで記入)		

※受診者が本人以外の場合、患者本人の同意書が必要です。