

# 慶應義塾大学病院セカンドオピニオン外来 申込書

ボールペンでご記入ください。

<b>患者</b>	受診歴	当院に受診したことはありますか？ なし ・ あり (診察券番号 _____ )			
	ふりがな	<b>男 女</b>	生年月日		
	氏名		年	月	日生
	住所	〒 _____		TEL	-
<b>相談者</b>	ふりがな	患者との続柄	第一連絡先 [ 自宅 ・ 携帯 ・ その他( _____ ) ]		
	氏名		TEL _____		
	住所	〒 _____	第二連絡先 [ 自宅 ・ 携帯 ・ その他( _____ ) ]		
			TEL _____		
希望診療科(必ずご記入ください)		希望相談医師 [ なし ・ あり ]			
【 _____ 】科		【 _____ 】先生 ※ご希望にそえないことがあります。あらかじめ、ご承知おきください。			
病名					
相談の目的					
今までの経過・現在の状況					
受診している 医療機関	病院名: _____ 診療科: _____科 主治医: _____先生				
資料	<input type="checkbox"/> 紹介状 ( 慶應義塾大学病院 _____科 _____先生あて ) <input type="checkbox"/> 画像 ( フィルム ・ CD-ROM ) <input type="checkbox"/> プレパラート(組織標本) <input type="checkbox"/> その他( _____ )				
相談日 〔月～土曜日〕 9時～16時 ※休診日は除く〕	ご都合の悪い日はありますか？ なし ・ あり → <u>ご都合の悪い日・時間</u> をお知らせください。				
相談日 同席者	1. 患者本人のみ      2. 患者本人、家族( _____ ) 3. 成年患者家族のみ( _____ )【同意書必須】      4. 未成年患者家族のみ【同意書不要】				

「セカンドオピニオン外来のご案内」の内容を了承した上で、以上のとおり申し込みます。

年      月      日      相談者氏名      印