

# 慶應義塾大学病院オンラインセカンドオピニオン 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 <input style="width: 50px;" type="text"/> )			
	ふりがな	<b>男 女</b>	生年月日		
	氏名		年	月	日生
	住所	<input style="width: 80%;" type="text"/>		携帯番号 <input style="width: 40px;" type="text"/> - <input style="width: 40px;" type="text"/>	メールアドレス
<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( <input style="width: 40px;" type="text"/> ) ]		
	氏名		TEL <input style="width: 40px;" type="text"/> - <input style="width: 40px;" type="text"/>		
	住所	<input style="width: 80%;" type="text"/>	第二連絡先 [ 自宅 ・ 携帯 ・ その他( <input style="width: 40px;" type="text"/> ) ]		
			TEL <input style="width: 40px;" type="text"/> - <input style="width: 40px;" type="text"/>		
希望診療科(必ずご記入ください)		希望相談医師 [ なし ・ あり ]			
【 <input style="width: 200px;" type="text"/> 】 科		【 <input style="width: 100px;" type="text"/> 】 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: <input style="width: 80%;" type="text"/> 診療科: <input style="width: 150px;" type="text"/> 科 主治医: <input style="width: 150px;" type="text"/> 先生				
資料	<input type="checkbox"/> 紹介状 ( 慶應義塾大学病院 <input style="width: 200px;" type="text"/> 科 <input style="width: 100px;" type="text"/> 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( <input style="width: 100px;" type="text"/> )				
相談日 <small>月～土曜日 9時～16時 ※休診日は除く</small>	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( <input style="width: 100px;" type="text"/> ) 3. 成年患者家族のみ( <input style="width: 100px;" type="text"/> )【同意書必須】    4. 未成年患者家族のみ【同意書不要】				
事前に確認いただきたい事項 <input type="checkbox"/> 写真付証明書 <input type="checkbox"/> クレジットカード <input type="checkbox"/> フロントカメラとマイク付きパソコン・スマートフォン <input type="checkbox"/> パソコンが接続できる電源 <input type="checkbox"/> インターネット回線(光ファイバーなど、持続的に高速な実効速度が得られる環境) <input type="checkbox"/> 個人情報を守る静かなスペース <input type="checkbox"/> CLINCSアカウント有無					

「オンライン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