

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

患者	保険証	健康保険証種類（社会保険・国民健康保険・後期高齢者医療制度・その他）							
	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		男 女	生年月日					
	氏名			年　月　日生　歳					
	住所	〒			第1連絡先　本人・相談者・その他（ TEL　－　　　－				
	相談者	ふりがな		患者との続柄	第2連絡先　本人・相談者・その他（ TEL　－　　　－				
氏名			第3連絡先　本人・相談者・その他（ TEL　－　　　－						
住所		〒			FAX番号　なし・あり FAX　－　　　－				
希望診療科(必ずご記入ください)			希望相談医師　なし・あり						
							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(通院中・入院中)									
受診している医療機関		病院名：_____ 診療科：_____科　主治医：_____先生							
相談日 9時～16時 (診療日)		ご都合の悪い日(時間)など　なし・あり → (通院日など)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】							

※私はセカンドオピニオンの趣旨を十分に理解し、訴訟等の目的に使用しないこと及び自由診療料金として定められた金額を支払うことに同意し、「セカンドオピニオン外来のご案内」の内容を承諾した上で、貴院のセカンドオピニオン外来受診を申し込みます。			
西暦	年	月	日
相談者の氏名		自署又は印	