

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

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 ー ）			
	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 ー ー	
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（ ）	
	氏 名			TEL ー ー	
	住 所	〒		第3連絡先 本人 ・ 相談者 ・ その他（ ）	
				TEL ー ー	
				F A X 番 号 [なし ・ あり] FAX ー ー	
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（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～15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】				
事前にご用意いただきたい事項 ☐ 写真付証明書 ☐ クレジットカード ☐ パソコン・スマートフォン ☐ インターネット環境が得られる、個人情報を守る静かなスペース					

※私はオンライン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、「オンライン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、貴院のオンライン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	
相談者氏名			自署又は印	