

順天堂大学医学部附属順天堂医院 セカンドオピニオン外来申込書

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の上、以下の内容で、貴院のセカンドオピニオン外来を申し込みます。

西暦 年 月 日 氏名 印 患者さんとの続柄

(患者さん又は患者さんの同意を得ているご家族)

フリガナ		性別 ※戸籍上の性別をご記入ください	国籍
患者さんの氏名		男 ・ 女	<input type="checkbox"/> 日本 <input type="checkbox"/> その他 ()
患者さんの生年月日	西暦	年	月 日 (歳)
ご相談者の 住所及び連絡先	〒		
	電話番号 :		
	携帯電話 :		
	Eメール(オンラインの場合必須):	@	
疾患名	※		
	※		
	※		
ご相談内容 (必ず詳しい内容をご自由にお書きください。記入欄不足の場合は、別紙を添付してください。)			
希望診療科名 *現在の医師とご相談ください			
希望医師名			
オンライン相談希望	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
患者さんの現在の状況	入院中 通院中		
	入院先または通院先医療機関名及び主治医のお名前		
	医療機関名	:()	
	診療科 *必須項目)科 ()医師	
	住所	:()	
TEL	:()		
添付する資料	以下のうち○印を付けた資料を添付いたします。 ・診療情報提供書(紹介状) ・画像診断データ(フィルム 枚、CD-R 枚) ・検査の記録 ・その他()		