

# セカンドオピニオン申込書

東名厚木病院の定めるセカンドオピニオン外来の内容を理解し、了承のうえ申し込みします。

年 月 日

ご相談者氏名

印

患者様の氏名	フリガナ 様 (男・女)
生年月日(年齢)	年 月 日 (歳)
ご住所	〒 TEL ( ) 携帯番号 ( )
ご相談者 (患者様以外の場合)	氏名 続柄( ) 〒 住所 TEL ( ) 携帯番号 ( )
疾患名	
ご相談の具体的な内容 ※用紙が不足する場合は 別紙でも結構です	
現在の医療機関 (紹介元)	名称 (通院中・入院中) 科 先生 〒 TEL ( )
同席を希望される方	※同席者は2名までとさせていただきます 氏名 続柄( ) 〒 住所 TEL ( ) 氏名 続柄( ) 〒 住所 TEL ( )

相談日時 (当院で記入いたします)	年 月 日 ( ) 時 分～ 時 分まで
----------------------	----------------------

※セカンドオピニオン外来のご案内を良くお読み下さい。