

セカンドオピニオン外来申込書

令和 年 月 日

患者さん	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）		
	ふりがな氏名		男・女	明・大・昭・平・令 年 月 日生 歳
	住所	〒		TEL — —
相談者	ふりがな氏名		患者さんの続柄	第一連絡先〔自宅・携帯・その他()〕 TEL — —
	住所	〒		第二連絡先〔自宅・携帯・その他()〕 TEL — — FAX番号〔なし・あり〕 FAX — —
相談に来られる方	ご本人 ・ ご本人とご家族一緒 ・ ご家族		希望日時	第一希望 月 日 午前・午後 第二希望 月 日 午前・午後 第三希望 月 日 午前・午後
相談内容	病名、又は症状（現状をわかる範囲で書いてください）			
	現在かかられている医療機関名と担当医師名（現状をわかる範囲で書いてください）			
	その他（現在までの経過や聞きたいことを具体的に書いてください）			
希望する診療科・医師		科		医師

— 紹介元記入欄 —

医療機関名			
連絡先	TEL	FAX	担当者

同意書

愛媛大学医学部附属病院長 殿

(患者ご本人)

住 所	
氏 名	印

私はこの度、愛媛大学医学部附属病院 科において、
下記の者がセカンドオピニオンを受けることに同意します。

年 月 日

(ご家族)

住 所	
氏 名	印
患者ご本人とのご関係	