

安房地域医療センター セカンドオピニオン申込書

「セカンドオピニオンをご希望される方へご案内」の内容をご確認のうえ、お申し込みください。

年 月 日 相談者氏名

ふりがな		生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)
患者さま氏名	男・女		
患者さま連絡先	〒 (-) 住所 :	電話番号 携帯電話 F A X	() () ()
ふりがな		※患者さま との続柄	
※相談者氏名			
※相談者 連絡先	〒 (-) 住所 :	電話番号 携帯電話 F A X	() () ()
病 名	(おわかりになる範囲で)		
相談目的 相談内容			
今までの経過 (別紙でも結構です)			
現在の状況	状 況 : 入 院 中 ・ 通 院 中 ・ 在宅療養中 歩 行 : 一人で歩ける ・ 車椅子使用 ・ 寝たきり 食 事 : 普通に食べられる ・ 少し食べられる ・ 食べられない その他		
現在かかっている 医療機関	病院名 : _____ 診療科 : _____ 科 主治医 : _____ 先生 住 所 : _____ 電話 : _____ ()		
相談日	ご都合の悪い日はありますか? ない ・ あり→ご都合の悪い日・時間をご記入ください。		
相談日同席者	1. 患者さま本人のみ 2. 患者さま本人、家族 () 3. 相談者 (患者さま本人以外) のみ () *【委任状必須】		

※患者さまご本人が受けられる場合は、『相談者氏名・相談者連絡先、患者さまとの続柄』の欄は空白で結構です。
*ご相談者が、患者さま本人以外の場合は委任状が必要となります。

【当院記入欄】

相談決定日	年 月 日 (曜日)	時間 :	~ 相談場所 :
担当医師	科	医師	
相談者へ連絡	決定日・資料依頼	済 (電話 ・ FAX)	年 月 日 確認者 :
資料受取・取込	済	年 月 日	確認者 :
主治医へ返信	済	年 月 日	確認者 :