**所沢美原総合病院セカンドオピニオン受診申込書**

別紙ご案内事項に同意の上、セカンドオピニオンの受診を申し込みます。

西暦　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　患者署名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 患者氏名・性別 | ふりがな  氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　男　・　女 | |
| 患者生年月日（年齢） | 西暦　　　　　　年　　　　　月　　　　　日（　　　　歳） | |
| 代理人氏名・続柄  （代理人のみが受診の場合に記入） | ふりがな  氏名 | 続柄 |
| 連絡先  （代理人のみの受診の場合は代理人の連絡先） | 住所〒  TEL: FAX: | |
| 現在受診している医療機関 | 医療機関名：  診療科：　　　　　　　　　　　　主治医名：  現在の状況：　1.入院中　2.外来通院中 | |
| 今までの経過 |  | |
| 相談の目的 | 1. 提案されている治療のどれを選ぶか相談したい 2. 現在の治療以外の治療法がないか相談したい 3. 病状・診断について内容を確認したい・詳しく聞きたい 4. その他 | |
| 相談について（月～金の8時30分～17時00分）ご都合の悪い日・時間をお知らせください | | |