セカンドオピニオン外来申込書

※太枠内をご記入ください

申込日	年　月　日

患者	フリガナ	生年月日		年齢	性別
	氏名	明・大 昭・平	年　月　日	歳	男・女
	住所			ＴＥＬ	
相談者	フリガナ	性別	患者との続柄		
	氏名	男・女			
	住所			ＴＥＬ	

患者様の現在の状況（いずれかを○で囲んでください）

入院中　・　通院中　・　その他（　　）

病名

病院・診療科名

相談したい内容

提出できる検査資料等

- □　紹介状（診療情報提供書等）
- □　検査データ
- □　レントゲンフィルム（ＣＴ等を含む）
- □　その他（　　）

※下記は記入しないでください

セカンドオピニオン外来決定日	平成　年　月　日　午前・午後　時　分	
セカンドオピニオン担当医師	診療科	氏名

社会医療法人　愛宣会　ひたち医療センター
地域医療連携室
TEL：0294-37-0609　FAX：0294-37-0847