

別紙「医療法人青樹会 一之瀬脳神経外科病院セカンドオピニオン外来のご案内」に記載された内容をよく理解し同意の上、以下の内容で貴院のセカンドオピニオン外来を申し込みます。

令和 年 月 日

ご相談者氏名 印

1. 患者さん情報

(ふりがな)		生年月日	明・大・昭・平 (年齢 歳)
患者さんの氏名			年 月 日
患者さんの現住所	電話 () - FAX () -		
当院への受診歴	ある ・ ない		

*ご家族が相談される場合は、患者さんご本人の同意書(別紙)が必要になります。

2. 代理人情報

(ふりがな)		患者さんとの続柄	
代理人の氏名			
代理人の現住所	電話 () - FAX () -		

*ご本人が相談される場合は、代理人欄のご記入は不要です。

3. 相談内容等

疾患名	1.	
	2.	
	3.	
相談内容		
持参できる資料	1. 診療情報提供書(紹介状) 2. CT/MRI検査などのフィルム 3. 血液検査記録 4. 生理学検査の結果(心電図・脳波等) 5. 病理検査報告書 6. その他()	
現在の状況	1. 入院中 <input type="checkbox"/> → 下記に病院名等をご記入ください。 2. 通院中 <input type="checkbox"/> 3. 自宅療養中	
現在受診中の病院(医院)について	病院(医院)名	
	診療科	医師名
	住所	電話 () -

*こちらにご記入いただいた内容を基に医師と調整致しますので、できるだけ詳しくご記入下さい。

当院使用欄(記入しないでください)

受付年月日	令和 年 月 日 ()	受付担当者	
担当診療科	科		
担当医師	医師		
相談日時	令和 年 月 日 ()	時 分	