日本大学医学部附属板橋病院　セカンドオピニオン申込書

患者	受診歴	当院に受診歴がありますか（ある ・ ない）		病歴番号	
	フリガナ		男・女	西暦 年　月　日　歳	
	氏名				
	住所	〒		TEL	
相談者	フリガナ		患者との続柄	平日８：30～16：30にご連絡可能な連絡先をご記入ください。	
	氏名			第一連絡先〔自宅・携帯・その他（　）〕	
	住所	〒		TEL　－　－	
				第二連絡先〔自宅・携帯・その他（　）〕	
				TEL　－　－	

希望診療科	第一希望日	第二希望日	相談希望医師（希望があればご記入ください）
科	月　日	月　日	先生

病名	
今までの経過	
現在の状況	
相談の目的	
受診している医療機関	病院名： 診療科：　科　主治医：　先生
相談日同席予定者	1.患者本人のみ　2.患者本人，家族（　） 3.成年患者家族のみ（同意書必須）　4.未成年患者家族（親権者）（同意書不要）
相談日について	希望日をご記入いただきましたが，休診日を除く平日から土曜日で担当医とスケジュール調整をいたします。 どうしてもご都合がつかない曜日や時間帯がございましたらご記入ください。 （　）

セカンドオピニオンの内容を了承した上で，以上のとおり申し込みます。

年　月　日　申込者氏名　印

※病院記入欄

受付	予約日・来院日	時間	場所	担当医
	月　日（　）	時　分	面談室・各科外来	