

セカンドオピニオン申込書

※二重線の中をご記入下さい

		ID.	申込日: 令和 年 月 日
①患者	ふりがな 氏名	男 女	生年月日 大・昭・平・令 年 月 日 ()歳
	住所 〒 電話 () FAX ()		
②相談者 <small>(患者様ご本人の場合ご記入は不要です)</small>	ふりがな 氏名	男 女	患者との続柄
	住所 〒 電話 () FAX ()		
病名			
希望する診療科 及び医師	科	医師	
相談事項			
現在の状態	1 入院中 (病院名等)		
	2 通院中 (病院名等)		
	3 自宅療養等		
②の方については患者ご本人の同意書をお持ちですか			有 ・ 無
診療経過がわかる資料(紹介状、レントゲンフィルム、検査結果等)の有無			有 ・ 無
セカンドオピニオン希望日	(第1希望)	令和 年 月 日	午前・午後 時
	(第2希望)	令和 年 月 日	午前・午後 時
	(第3希望)	令和 年 月 日	午前・午後 時

セカンドオピニオン決定日	令和 年 月 日	午前・午後 時
セカンドオピニオン担当医師	診療科名	科 氏名
申込者への連絡	済	未

松山赤十字病院 患者支援センター
ダイヤルイン 089-926-9527
専用FAX 089-926-9547