

# 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 生年月日 大・昭・平・令 年 月 日 女 ( )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 患者との続柄 女
	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