

オンライン・セカンドオピニオン申込書兼問診票

私の病状について、現在および今後の治療法等に関するセカンドオピニオンの提供を、貴院ホームページ掲載の「オンライン・セカンドオピニオンについて」の事項に同意の上、貴院に申し込みをいたします。

令和 年 月 日

患者本人署名<原則として18歳未満以外必須>

印

本人以外の場合の相談者署名

印

患者	受診歴	当院に受診したことはありますか？ なし ・あり（ID番号）		
	ふりがな 氏名		男・女	生年月日 T S H R 年 月 日 歳
	住所	〒		TEL:
相談者	ふりがな 氏名		患者との続柄	第1連絡先：自宅 携帯 その他（） TEL:
	住所	〒		第2連絡先：自宅 携帯 その他（） TEL:

現在受診されている医療機関名・診療科・医師名をお書きください

病院名	診療科	医師名
-----	-----	-----

当院オンライン・セカンドオピニオン外来を受診される目的、相談したいことは何ですか

*できるだけ具体的にお書きください

現在の症状についてお書きください

*できるだけ具体的にお書きください

現在受診されている主治医から病名、症状についてどのような説明を受けましたか

*できるだけ具体的にお書きください

相談当日同席される予定の方をお書きください

患者ご本人 ご家族（続柄） その他（お名前 続柄）