

セカンドオピニオン外来申込書

平成 年 月 日

患者さん	受診歴	当院に受診したことはありますか？ なし ・ あり（診察券番号）		
	ふりがな氏名		男・女	明・大・昭・平 年 月 日生 歳
	住所	〒		TEL - -
相談者	ふりがな氏名		患者さんとの続柄	第一連絡先〔自宅・携帯・その他()〕 TEL - -
	住所	〒		第二連絡先〔自宅・携帯・その他()〕 TEL - -
				FAX番号〔なし・あり〕 FAX - -
相談に来られる方	ご本人 ・ ご本人とご家族一緒 ・ ご家族		希望日時	第一希望 月 日 午前・午後 第二希望 月 日 午前・午後 第三希望 月 日 午前・午後
相談内容	病名、又は症状（現状をわかる範囲で書いてください）			
	現在かかられている医療機関名と担当医師名（現状をわかる範囲で書いてください）			
	その他（現在までの経過や聞きたいことを具体的に書いてください）			
希望する診療科・医師		科		医師

愛媛大学医学部附属病院 〒791-0295 愛媛県東温市志津川

お問合せ先： 総合診療サポートセンター TEL (089) 960-5322 FAX (089) 960-5959

同意書

愛媛大学医学部附属病院長 殿

(患者ご本人)

住 所
氏 名 印

私はこの度、愛媛大学医学部附属病院 科において、
下記の者がセカンドオピニオンを受けることに同意します。

平成 年 月 日

(ご家族)

住 所
氏 名 印
患者ご本人とのご関係