

# セカンドオピニオン外来受診申請書

シート1

上尾中央総合病院 院長殿

申請日 年 月 日

患者氏名・性別	(フリガナ)	男 ・ 女	生 年 月 日	大 ・ 昭 ・ 平	年	月	日
住所・連絡先	〒						
	【 連絡先 】						

申請者が患者様本人以外の場合は以下の欄への記入をお願いします。

申請者の 氏名・住所	氏名	(フリガナ)	男 ・ 女	続 柄	
	〒				
	【 連絡先 】				

## 病院記入欄

予約日時	平成 年 月 日	午前・午後	時	分
担当医師		相談者への連絡	平成 年 月 日	
事前提出検査	済	未		
報告書返信	平成 年 月 日	担当者		

# セカンドオピニオン外来相談シート

シート2

上尾中央総合病院

患者氏名					
現在受診している医療機関	医療機関名 診療科名				科
	主治医	医師	受診形態	外来	入院
相談希望疾患名					
相談の目的 (該当する項目を 囲んでください) 複数可	ア 現在の治療法以外の治療法を知りたい イ 手術以外の治療法がないか(内科的治療の選択) ウ その他 ( )				
事前に持参できる ことができる資料 (該当する項目を 囲んでください) 複数可	ア レントゲン画像      イ CT・MRI画像      ウ 病理検査報告書 エ 超音波検査の結果と画像      オ 血液検査結果(腫瘍マーカー等) カ 生理検査結果(心電図・呼吸機能検査等)				
現在までの経過	診断名				診断日
診断名・診断日					
実施した検査					
実施した治療					
質問したい内容 (箇条書きで)					