

# 旭川赤十字病院 セカンドオピニオン外来 申込書

ふりがな		性別	生年 月日	<input type="checkbox"/>	大正	年	月	日
患者氏名				<input type="checkbox"/>	昭和			
				<input type="checkbox"/>	平成			
住所	<input type="text"/>						TEL	FAX
	<input type="text"/>							
ふりがな		性別	続柄	連絡先			<input type="checkbox"/>	
相談者氏名							<input type="checkbox"/>	
住所	<input type="text"/>						TEL	FAX
	<input type="text"/>							
現病名	1							
	2							
	3							
希望診療科		を希望						
受診希望日	①	月	日	②	月	日	(複数可)	

※医師の都合により、ご希望に添えない場合がありますのでご了承ください。

## 相談目的(該当するものにチェックを入れてください)

- 1 外科的治療法と内科的治療法のどちらを選択するか迷っている
- 2 現在の治療法以外の治療法がないか相談したい
- 3 大きな手術を受けるように勧められている
- 4 その他(以下にご記入ください)

## 今までの経過

### 現在の状況

- |                              |                                |                               |
|------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 通院中 | <input type="checkbox"/> 入院中   |                               |
| 病名                           | <input type="checkbox"/> 知っている | <input type="checkbox"/> 知らない |

### その他

## 現在の主治医

### 医療機関名

診療科名 主治医名

住所 TEL

### 用意できる書類

- 診療情報提供書
- 検査データ
- 画像フィルム(CD-R)
- その他 ( )

私は、セカンドオピニオンの趣旨を十分に理解し、訴訟などの目的に使用しないこと及び、自由診療料金として定められた金額を支払うことに同意の上、以上の内容で貴院のセカンドオピニオン外来を申し込みします。

令和 年 月 日

患者名(相談者名)