

セカンドオピニオン申込書 (他院受診中の患者様)

平成 年 月 日

ふりがな 患者様の 氏名・性別		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
患者様の ご住所 連絡先	〒 (男・女) 電話 ()		
ふりがな 申込様の 氏名		申込者様の続柄	ご本人・ご家族 (続柄) (で囲んで下さい。)
申込様の ご住所 連絡先	〒 電話 ()		
治療中の 医療機関名		診療科及び 医師名	診療科 : 医師名 :
現在の状況	通院中・入院中(入院日 年 月 日)	病名	
相談の内容 (ご自由にお書き下さい。用紙が不足している場合には別紙でも結構です。)			
希望日時がございましたらご記入下さい。 年 月 日 午前・午後 時 年 月 日 午前・午後 時			

以下は記入しないで下さい。

主治医記入欄
セカンドオピニオン担当医師名 : _____
持参資料 診療情報提供書 血液検査 レントゲン CT その他 ()

医事課記入欄			
申込書受理日	年 月 日	取扱者	
実施日時を相談者様へ連絡した日	年 月 日	取扱者	
主治医へ報告書を返送した日	年 月 日	取扱者	
実施予定日時	年 月 日 午前・午後 時	実施日時	年 月 日 午前・午後 時

太枠の中をご記入下さい。

希望日時は申込日から2～3週間先をご記入下さいますようお願い致します。

武蔵嵐山病院

〒 355 - 0212 埼玉県比企郡嵐山町太郎丸135番地

Tel : 0493(62)7282 Fax : 0493(62)8887