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		生年月日	明・大・昭・平
患者様の氏名・性別	（男・女）		年　月　日
患者様のご住所連絡先	〒 電話　（　）		
ふりがな		申込者様の続柄	ご本人・ご家族（続柄　）
申込様の氏名			（○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。

①　年　月　日　午前・午後　時　　②　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
〒 355-0077　埼玉県東松山市上唐子1312-1
Tel：0493(81)7700　Fax：0493(81)6776