医療法人社団埼玉巨樹の会　新久喜総合病院セカンドオピニオン外来　申込書

「セカンドオピニオン外来のご案内」の内容を了承した上で、セカンドオピニオン外来を申込みます。

平成　　年　　月　　日　相談者氏名　　印

<table>
<tr><td rowspan="2">患　者</td><td>ふりがな
氏名</td><td>男
女</td><td>生年月日
大・昭・平　　年　　月　　日</td><td>歳</td></tr>
<tr><td colspan="3">住所　〒</td><td>ＴＥＬ（　　－　　－　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">相談者</td><td>ふりがな
氏名</td><td colspan="2">相談者続柄</td><td rowspan="2">ＴＥＬ（　　－　　－　　）
ＦＡＸ（　　－　　－　　）
携　帯（　　－　　－　　）</td></tr>
<tr><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="4">・病名</td><td>【　　】科を希望</td></tr>
<tr><td colspan="5">・相談の目的</td></tr>
<tr><td colspan="5">・今までの経過</td></tr>
<tr><td colspan="5">・現在の状況</td></tr>
<tr><td colspan="5">・受診している医療機関
病院名：　　住所：
主治医：　　科　　先生
資料：　手元にある　　・　　これから準備　（　　月　　日迄に揃う予定）
〔紹介状（　　先生宛）・画像（フィルム・ＣＤ－ＲＯＭ）・プレパラート・他（　　）〕</td></tr>
<tr><td colspan="5">・相談日について（月～金の８時３０分～１７時００分）<u>ご都合の悪い日・時間</u>をお知らせください。</td></tr>
</table>

ＦＡＸ．　０４８０－２６－６３０１