

医療法人松浦会 姫路第一病院 オンラインセカンドオピニオン 申込書

「オンラインセカンドオピニオンのご案内」の内容を了承した上で、オンラインセカンドオピニオンを申し込みます。

令和 年 月 日

患者本人署名（原則として18歳未満以外必須） \_\_\_\_\_ 印

本人以外の場合の相談者署名 \_\_\_\_\_ 印

相談者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族
診療科 医師	<input type="checkbox"/> 呼吸器外科 大藤 剛 宏
患者氏名、性別	ふりがな 氏 名 _____ (男・女)
生年月日 (年齢)	(昭和・平成・令和) 年 月 日生 ( 歳)
相談者氏名	<input type="checkbox"/> 本人 本人以外 <small>ふりがな</small> 氏名 _____ (続柄: )
相談者の連絡先	住所: 〒 _____ TEL: 自宅 ( )                      FAX: ( ) 携帯 ( ) <input type="checkbox"/> Eメールアドレス:
主治医の医療機関 お名前	( )病 院・診療所 ( )科 ( )先生

(病院記入欄)

実施の可否 相談予定日	可・否 (否の場合は、理由を作成ください。申し込み者に送付します) 第1候補: 年 月 日( ) 時 分 第2候補: 年 月 日( ) 時 分	医師印	予約確認者印
申込書受理日	連絡日時(担当)	備 考	
年 月 日	年 月 日( )		