

厚木市立病院 セカンドオピニオン申込書

厚木市立病院の定めるセカンドオピニオンの内容を理解し、了承のうえ申し込みします。

申込日 令和

年

月

日

ご相談者氏名

印

患者氏名・性別	フリガナ (男 ・ 女)		
生年月日(年齢)	(西暦 大正 昭和 平成 令和) 年 月 日 (歳)		
患者住所 連絡先	〒	TEL ①	() ② ()
相談者氏名	フリガナ	(ご本人・家族(続柄:))	
相談者住所 連絡先	〒	TEL ①	() ② ()
同席を希望 される方	フリガナ 氏名	続柄 ()	
	〒 住所	TEL ()	
	フリガナ 氏名	続柄 ()	
	〒 住所	TEL ()	
病名			
今までの経過			
ご相談内容	1 外科的治療と内科的治療の選択に迷っている 2 手術(治療)などを入院して受けるよう勧められている 3 現在の治療法以外の治療法がないか相談したい 4 その他 ()		
おかけの 医療機関	医療機関名	(通院中・入院中・在宅)	
	主治医	科	医師
	〒	住所	
	TEL	()	
相談希望日時	第一希望:	月 日 時~	第二希望: 月 日 時~
	第三希望:	月 日 時~	