

獨協医科大学埼玉医療センター  
がんに関するセカンドオピニオン外来申込書

訴訟等の目的に使用しないこと及び自由診療料金として定められた金額を支払うことに同意の上、以下の内容で、貴院のがんに関するセカンドオピニオン外来受診を申し込みます。

令和	年	月	日	<small>ふりがな</small> 氏名（ご相談者）	印
患者さんの氏名・性別		_____様（男・女）			
生年月日（年齢）		（大・昭・平・令） 年 月 日生（ 歳）			
ご住所		〒			
ご相談者の連絡先		TEL ( ) FAX ( ) Eメール			
ご相談者の続柄		ご本人 ・ ご家族（続柄）			
ご希望の診療科及び医師名		科 医師			
疾患名		1. 2. 3.			
現在の状況 (いずれかを○で囲んでください)		■状況：入院中 ・ 通院中 ・ 在宅療養中 ■病名：【患者さん】知っている・知らない【ご家族】知っている・知らない ■歩行：一人で歩ける ・ 車椅子使用 ・ 寝たきり ■食事：普通に食べることができる・少し食べられる・食べることができない			
ご相談の具体的な内容 (ご自由にお書きください。 用紙が不足する場合には別紙で構いません)					
主治医の医療機関とお名前		医療機関名： 主治医： 科 先生			
主治医のご住所・連絡先 (お分かりになる範囲で構いません)					