千葉大学医学部附属病院　セカンドオピニオン外来申込書

年　　月　　日

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、貴院のセカンドオピニオン外来診療を申し込みます。

患者氏名・性別 ・フリガナ	フリガナ 男・女		
生年月日・年齢	T・S・H・R　　年　　月　　日（　　歳）		
千葉大学病院受診歴 （受診登録カード番号）	あり　　なし (番号:　　)		
相談者氏名 （患者ご本人又は患者の同意を得ているご家族）		患者との続柄	
相談者の住所及び連絡方法	〒 Tell：　　－　　－　　携 帯：　　－　　－ FAX ：　　－　　－　　E-mail：		
疾患名			
希望診療科	科		
相談の内容 （ご自由にお書きください。書ききれない場合は、別紙にお書きください。）			
患者の現在の状況	□入院中　　□通院中　　**(☑してください。)** 入院先または通院先医療機関名および主治医のお名前 所　在　地： 医療機関名： 診　療　科：　　科 主治医氏名:		
診療情報提供書(紹介状)及び検査結果データの入手予定日	月　　日（　）		
来院できない日・時間帯をお書きください　（書ききれない場合は、余白にお書きください。）	月　　日（　）　、　　月　　日（　） 来院できない時間帯：　　時　～　　時まで		

以下、記入しないでください。

受付番号		受付年月日	年　　月　　日
担当診療科		相談医師への確認	
相談日時	年　　月　　日（　　）　　時　　分		