令和　　　年　 　月　　日

No,

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 性別 |
| 患者様のお名前 |  | 明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令　　年　　月　　日（　　）歳 | 男 ・ 女 |
| フリガナ |  | 患者様との続柄 | 紹介状 | 検査資料 |
| 相談者様氏名 |  |  | 有 ・ 無 | 有 ・ 無 |
| 相談者様住所 | 〒 |
| 日中連絡が取れる電話番号 |  |
| メールアドレス | 　　　　　　　　　　　　　　＠ |
| 1. ご相談の内容

　　　1. 患者様のこれまでの経過

　　　　　　1. 患者様の現在の状況について教えて下さい（該当するものに〇を付けて下さい）。
2. 通院の状況 ： 入院中 ・ 通院中 ・ 訪問診療
3. 病名： 分かっている（病名：潰瘍性大腸炎　　） ・ 分かっていない
4. 歩行： 一人で歩ける ・ 一部介護が必要 ・ 歩行困難
5. 食事： 普通に食べられる ・ 少量であれば食べられる ・ ほとんど食べられない
6. 投薬内容： 内服もしくは外用薬 ・ 在宅自己注射 ・ 点滴治療 ・ なし
7. 就学もしくは就労状況： 通学もしくは就労中 ・ 休学もしくは休職中
8. 入院先または通院先

病院名：　　　　　　　　　　　　電話番号：所在地：1. セカンドオピニオン日程のご希望（日程および来院orオンライン希望など）

第一希望日：　　　　年　　　月　　　日　（　　）　　　時　　分～第二希望日：　　　　年　　　月　　　日　（　　）　　　時　　分～診療方法：　来院希望 ・ オンライン希望（※可能な限り来院をお勧めしております）　　 |

セカンドオピニオン申込書