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