

令和 年 月 日
No. _____

セカンドオピニオン申込書

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	@			
<p>(1) ご相談の内容</p> <p>(2) 患者様のこれまでの経過</p> <p>(3) 患者様の現在の状況について教えてください（該当するものに○を付けて下さい）。</p> <p>① 通院の状況：入院中・通院中・訪問診療</p> <p>② 病名：分かっている（病名：潰瘍性大腸炎）・分かっていない</p> <p>③ 歩行：一人で歩ける・一部介護が必要・歩行困難</p> <p>④ 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</p> <p>⑤ 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</p> <p>⑥ 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</p> <p>(4) 入院先または通院先</p> <p>病院名： 電話番号：</p> <p>所在地：</p> <p>(5) 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）</p> <p>第一希望日： 年 月 日 () 時 分～</p> <p>第二希望日： 年 月 日 () 時 分～</p> <p>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）</p>				

ご記入ありがとうございました。