

セカンドオピニオン申込書

申込日 年 月 日

申込者

印

セカンドオピニオン希望日とその際に同席される人数をご記入ください

希望日 年 月 日 午前・午後 時ごろ 同席される人数 人

患者さまについてご記入ください

フリガナ

氏名

生年月日

年

月

日

歳

〒

--	--	--	--	--	--	--	--

※
電話番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

住所

マンション
建物名

相談者についてご記入ください

フリガナ

氏名

患者さま
との続柄

〒

--	--	--	--	--	--	--	--

住所

マンション
建物名

※
電話番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FAX番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※患者さま・相談者の電話番号につきましては、相談内容確認のため連絡させていただく場合がございますので、つながりやすい連絡先（携帯電話も可）をご記入ください。また、ファックスをお持ちの場合はファックス番号もご記入ください。

セカンドオピニオンで相談される内容と患者さまの現状についてご記入ください

別紙に記入し添付していただいても結構です。

具体的内容

病名、症状についてできるだけ詳しくお書き下さい。別紙に記入し添付していただいても結構です。

現在の状況

入院中 ・ 通院中 ・ 在宅 ・ その他（ ）

現在受診中の
医療機関

施設名

診療科

医師名

所在地

※お分かりになる
範囲で結構です

電話番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

患者さまがセカンドオピニオンを受けられないときは同意書にもご記入ください

< 同意書 >

私は、上記の内容について 相談者 _____ が、京都岡本記念病院で
セカンドオピニオンを受けることを承諾します。

患者本人もしくは代筆者の署名 _____

印

* お申込み・お問合せ先 *



大切にします
こころとからだ やすらぎを
社会医療法人岡本病院（財団）

京都岡本記念病院 地域医療連携室
〒613-0034 京都府久世郡久御山町佐山西ノ口100番地
☎ 0774-46-5981 FAX 0774-46-7835