

# セカンドオピニオン申込み書

申込み日  
平成 年 月 日

|   |                   |   |             |
|---|-------------------|---|-------------|
| 患者氏名<br>(フリガナ)  | 性別<br>男<br>・<br>女 | 生年月日<br>明治・大正・昭和・平成<br><br>年 月 日                                      | 年齢<br><br>歳 |
| 患者住所・電話番号・FAX番号   |                   |   |             |
| 〒 ー<br>住所<br>TEL ( ) ー FAX ( ) ー  |                   |   |             |
| 相談者氏名<br>(フリガナ)   |                   | 続柄  |             |
|   |                   | <input type="checkbox"/> 本人<br><input type="checkbox"/> その他<br>(続柄： ) |             |
| 相談者住所・電話番号・FAX番号  |                   |   |             |
| 〒 ー<br>住所<br>TEL ( ) ー FAX ( ) ー  |                   |   |             |
| 相談希望診療科   | 診断病名              |   |             |
| 相談目的・内容 (箇条書き)  |                   |   |             |
| 患者さんの現在の状況 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 外来通院中 <input type="checkbox"/> 在宅<br><input type="checkbox"/> 自立歩行可 <input type="checkbox"/> 車イス<br>(箇条書き) |                   |   |             |
| 現在おかけの医療機関名   | 診療科               | 担当医師名   |             |
|   |                   |   |             |
| 同席者の希望及び人数 <input type="checkbox"/> なし (本人のみ)<br><input type="checkbox"/> あり 本人除く ( ) 人   |                   |   |             |
| 相談希望日時 (複数のご記入をお願い致します)   |                   |   |             |

宇治徳洲会病院 地域医療連携室  
〒611-0041 京都府宇治市槇島町石橋145番地  
電話 0774-25-2871 (直通)