医療法人　神戸海星病院　セカンドオピニオン外来　申込書

患者	ふりがな	男女	生年月日		年齢	歳
	氏名		明・昭・大・平	年　月　日		
	ふりがな	TEL（　　－　　－　　）				
	住所	携帯電話（　　－　　－　　）				
	当院への受診歴　あり ・ なし　　ある方は患者IDをご記載ください。　患者ID（　　）					
相談者	ふりがな	患者との続柄	TEL（　　－　　－　　）			
	氏名		携帯電話（　　－　　－　　）			
	ふりがな		FAX（　　－　　－　　）			
	住所					

病名	
今までの経緯	
現在の状況	
ご相談の内容（記載量が多い場合は、別紙にご記入いただいて結構です。）	

受診中の医療機関	病院名： 診療科：　　科　／　主治医：　　先生 状態　：外来通院中 ・ 入院中
資料	紹介状　（神戸海星病院　　科　／　主治医：　　先生あて） 画像　（フィルム ・ CD－R）／その他（　　）
相談日	・希望日　（　　） ・ご都合の悪い日　（　　）
相談日同席者	1. 患者本人のみ 2. 患者本人と家族（合計　　名） 3. 成年患者家族のみ（合計　　名）同意書必須 4. 未成年（18歳未満）患者家族のみ （合計　　名）同意書不要

患者本人・相談者以外に同席者がいる場合は下記にご記入ください。

名前	続柄
名前	続柄
名前	続柄
名前	続柄

セカンドオピニオンの内容を了承した上で、以上のとおり申し込みします。

平成　年　月　日　患者本人署名　㊞

相談者氏名　㊞

医療法人財団　神戸海星病院　地域医療連携　FAX:0120-888-246