

済生会横浜市東部病院セカンドオピニオン外来申込書

申込日 年 月 日

患者氏名(性別)	ふりがな (男 ・ 女)		
生年月日(年齢)	西暦・明治・ 大正・昭和・ 平成・令和	年 月 日生 (歳)	
患者住所・連絡先	〒	連絡先 ① — — ② — —	
相談者氏名	ふりがな (ご本人 ・ 家族 (続柄))		
相談者住所・連絡先	〒	連絡先 ① — — ② — —	
病名	# 1	現在受診科	科
	# 2	希望診療科	科
今までの経過			
ご相談内容(具体的にご記入下さい。記入欄不足の場合は別紙でも結構です。)			
患者様の現在の状況 (入院中 ・ 通院中 ・ 在宅 ・ その他)			
医療機関名	主治医		
〒			
所在地	電話番号 — —		
* 患者さんご本人(未成年を除く)以外の方のみでの相談の場合は同意書の記入が必要です。			
同 意 書			
年 月 日			
済生会横浜市東部病院 病院長殿			
私(患者氏名) _____ は、本同意書を持参しました下記代理人が			
済生会横浜市東部病院の規定に従い、私の疾患についてのセカンドオピニオンを受けることに同意いたします。			
患者署名 _____			
代理人署名 _____ 患者との続柄(_____)			