

## 東京リバーサイド病院セカンドオピニオン外来 申込書

患者	受診歴	当院に受診したことはありますか？ なし・あり（診察券番号 _____）		
	ふりがな 氏名		男 女	明・大・昭・平 年 月 日 生 歳
	住所	〒 _____ TEL _____		
相談者	ふりがな 氏名		患者との続柄	第一連絡先〔自宅・携帯・その他（ _____ ）〕 TEL _____
	住所	〒 _____		第二連絡先〔自宅・携帯・その他（ _____ ）〕 TEL _____
				FAX 番号〔なし・あり〕 FAX _____
希望診療科（必ずご記入ください） 【 _____ 】科			希望相談医師〔なし・あり〕 【 _____ 】先生 ※ご希望に添えないことがあります。ご了承ください。	
病名				
相談の目的				
今までの経過				
現在の状況				
受診している 医療機関	病院名： _____ 診療科： _____ 科 主治医： _____ 先生			
資料	手元にある / これから準備（ _____ 月 _____ 日までに手元に揃う予定）			
	紹介状（東京リバーサイド病院 _____ 科 _____ 先生あて） 画像（フィルム・CD-ROM） / プレパレート（組織標本） / その他（ _____ ）			
相談日 （ _____ 月～金曜日 9時～16時 ※休診日は除く）	ご都合の悪い日はありますか？ なし・あり→ <u>ご都合の悪い日・時間</u> をお知らせ下さい。			
相談日 同席者	1.患者本人のみ 2.患者本人、家族（ _____ ） 3.成年患者家族のみ（ _____ ）【同意書必須】 4.未成年患者家族のみ【同意書不要】			

「セカンドオピニオン外来のご案内」の内容を了承した上で、以上のとおり申込みます。

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 相談者氏名 \_\_\_\_\_ (印)