

平成 年 月 日

受付No. _____

セカンドオピニオン申込書

琉球大学医学部附属病院長 殿

この度、貴院にて下記の患者に関わるセカンドオピニオンの提供を受けるにあたり、患者及び相談者ともにその趣旨を理解し、患者の同意のもと申し込みいたします。

フリガナ		性別	男 女	
患者氏名		生年月日	T・S・H 年 月 日 (歳)	
住所				電話番号

フリガナ		性別	男 女	患者との続柄	
相談者氏名		生年月日	T・S・H 年 月 日 (歳)		
住所				電話番号	

(1) 相談の目的
(2) 今までの治療経過
(3) 患者様の現在の状況 (入院中・通院中・在宅) 病名を患者様は (知っている・知らない・分からない) 病名を相談者は (知っている・知らない) 歩行：一人で歩ける・歩けない 食事：普通に食べられる・少し食べられる・食べられない 主な訴え： その他の状況：
(4) 現在の入院先または通院先 所在地： 病院名： 診療科名 科 主治医名 電話番号
必要資料：

平成 年 月 日