セカンドオピニオン外来　申込書

訴訟等の目的にしようしないこと及び自由診療料金として定められた金額を支払うことに同意の上、以下の内容で、貴院のセカンドオピニオン外来受診を申し込みます。

年　　月　　日

ご相談者氏名　　印

フリガナ 患者様氏名、性別	様　（男・女）
生年月日（年齢）	年　　月　　日生（　　歳）
ご住所	〒　　―
ご相談者の連絡先	TEL ：　　（　　） FAX ：　　（　　）
ご相談者の続柄	ご本人 ・ ご家族（続柄:　　）
疾患名	1. 2. 3.
ご相談の具体的な内容 （ご自由にお書き下さい。用紙が不足している場合には別紙を添付していただいても結構です。）	
相談希望日時	第一希望　　月　　日（　）　午前・午後　　時　　分 第二希望　　月　　日（　）　午前・午後　　時　　分
ご持参した資料	□医師の紹介状　□CD もしくは DVD による画像データ □レントゲンフィルム　□同意書（本人が来られない場合） □その他（　　）
主治医の医療機関名とお名前	（　　）病院・診療所 （　　）科　（　　）先生
主治医のご住所、連絡先 （お分かりになる範囲で結構です）	
受診方法	□　来院　□　オンライン（melmo への登録が必要となります）

以下病院記入欄

セカンドオピニオン相談受け入れ 診療科及び医師名	（　　）科　（　　）医師
相談予定日時	年　　月　　日（　　） 午前 ・ 午後　　時　　分

2026 年 3 月 16 日作成