

オンラインセカンドオピニオン受診申込書

患者ID			
申込年月日		年 月 日	
受診科目 <small>希望する科に○を付けてください</small>		呼吸器内科 循環器内科 呼吸器外科 心臓血管外科 放射線科	
患者氏名	ふりがな		
	氏名		
	生年月日	年 月 日 (歳)	
	ご住所	〒	
	電話番号	自宅番号 ()	性別
		携帯番号 ()	
相談者 <small>(患者さん本人の場合は記入不要です)</small>	氏名		
	患者さんとの続柄	本人 ・ 本人以外 (続柄)	
	ご住所	〒	
	電話番号	自宅番号 ()	
		携帯番号 ()	
希望連絡先	氏名		
	電話番号	自宅番号 ()	希望連絡時間帯
		携帯番号 ()	
使用機器	パソコン ・ スマートフォン ・ その他 ()		
URL送付先	携帯電話SMS ・ メールアドレス ()		
ご相談目的 (ご相談されたいことをご記入ください)			
面談日の調整にあたり都合の悪い日をご記入ください。			
紹介元医療機関名 () (通院中 ・ 入院中)			
科		先生	