

# 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 糖尿病・内分泌内科 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 ( ) 携帯番号 ( )	性別
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 ( ) 携帯番号 ( )	希望連絡時間帯
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	