

## 埼玉医科大学国際医療センター オンラインセカンドオピニオン申込書

病院使用欄: 患者ID

患者	フリガナ			<input type="checkbox"/> 男  <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和  年 月 歳	
	氏名				電話番号	SMSを受取ることのできる番号を記入してください	
	住所	〒 -		携帯	-	-	
相談者	<input type="checkbox"/> 患者本人 →「相談者」欄記入不要 <input type="checkbox"/> 患者本人以外の場合 →「相談者」欄に記入						
	フリガナ			続柄			
	氏名			電話番号	SMSを受取ることのできる番号を記入してください		
	住所	〒 -		携帯	-	-	
当日 セカンドオピニオン を受ける方	<input type="checkbox"/> 患者のみ				名		
	<input type="checkbox"/> 患者と家族	(続柄)			計		名
	<input type="checkbox"/> 家族のみ	(続柄)			計		名
現在の 医療機関	名称			状況	<input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 入院中		
	住所	〒 -					
	診療科	科	医師名	先生			
病名							
希望診療科 医師	診療科	科	医師名	先生	<input type="checkbox"/> 特になし		
相談内容 ※箇条書きで							
診療科・医師名			科			先生	
予約日時	年	月	日 ( )	開始時間	時	分	～