

## セカンドオピニオン外来 申込書

私は、私の病状に係る医療機関・主治医からの診断内容や治療方針等に関し、以下の内容で貴院のセカンドオピニオン外来に申し込みます。

受診者	フリガナ		性別	年齢	生年月日（西暦）	
	氏名					
	住所				連絡先	
	〒				自宅	
					FAX	
					携帯	
					E-mail	
	相談者					
<input type="radio"/> ご本人 <input type="radio"/> 代理の方（氏名：					続柄	

相談内容	主治医	医療機関名	診療科	医師名
	診断名	現在の状態		
		<input type="radio"/> 入院中 <input type="radio"/> 通院中 <input type="radio"/> その他（		
目的・経過				

アンケート	Q1. 先進医療に対応した保険に加入されていますか？			
	<input type="radio"/> 加入している（保険会社名：			
	<input type="radio"/> 加入していない <input type="radio"/> 分からない			
	Q2. 当外来を受診したきっかけは何ですか？（複数選択可）			
<input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 株主案内 <input type="checkbox"/> 講演会・セミナー <input type="checkbox"/> テレビ・新聞 <input type="checkbox"/> 書籍・雑誌				
<input type="checkbox"/> 紹介（ <input type="radio"/> 家族や身内から <input type="radio"/> 知人や友人から <input type="radio"/> 主治医や医療機関から <input type="radio"/> 保険会社から				
<input type="checkbox"/> その他（				

※ 以下は浜松 PET 診断センターの記入欄ですので、記入しないでください。

受付日		担当者	
受診日		担当医	
備考	所要時間 分（開始 ～ 終了）		