

ルアクリニック乳腺科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		☐ 男 ☐ 女	生年月日 ☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令 年 月 日 歳
	氏名			
	住所	〒 -	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 携帯 - -	
相談者	☐ 患者本人 →「相談者」欄記入不要			
	☐ 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 携帯 - -	
住所	〒 -			
当日 セカンドオピニオンを 受ける方	☐ 患者のみ			1 名
	☐ 患者と家族	(続柄)	計	名
	☐ 家族のみ	(続柄)	計	名
現在の 医療機関	名称		状況	☐ 通院中 ☐ 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 ☐ 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 ~