松本歯科大学病院　セカンドオピニオン(歯科) 申込書

患者	受診歴	当院に受診したことはありますか？　　なし　・　あり（診察券番号　　）		
	ふりがな 氏　名		男 女	大・昭・平　（西暦　　年） 年　　月　　日生　　歳
	住　所	〒		TEL
相談者	ふりがな 氏　名		患者との続柄	第一連絡先〔自宅・携帯・その他(　　)〕 TEL
				第二連絡先〔自宅・携帯・その他(　　)〕 TEL
	住　所	〒		FAX　　〔あり・なし〕 番号

希望診療科がある方はご記入ください。 科	希望相談歯科医師がいる方はご記入ください。 先生 ※ご希望にそえないことがあります。予めご承知ください。

病　名	
相談の目的	
今までの経過	
現在の状況	
受診している医療機関	病院名： 診療科：　　科　　主治医：　　先生
資　料 ☑を入れてください。	☐ 本申込書に同封　　☐ これから準備（　　月　　日までに提出予定） ☐ 紹介状　☐ 画像(フィルム・CD等)　☐ 組織標本　☐ その他(　　)
相談日 月～金 9:00～17:00	ご都合の悪い日はありますか？　　なし・　あり ご都合の悪い日・時のある方はご記入ください。
相談日同席者 ☑を入れてください	☐ 患者本人のみ　　☐ 患者本人、家族(　　) ☐ 成年患者家族のみ〔同意書必須〕　(　　) ☐ 未成年患者家族のみ〔同意書不要〕(　　)

「セカンドオピニオン(歯科)のご案内」の内容を了承した上で、以上のとおり申し込みます。

年　　月　　日　　相談者氏名　　印