

患者	ふりがな		性別	生年月日		年齢
	氏名			() 年	月	日生 歳
	住所	〒	電話	自宅		
				携帯		
相談者	ふりがな		年齢	続柄	備考	
	氏名					
	住所	〒	電話	自宅		
				携帯		
希望の診療科（ご希望科に○をご記入ください） （ ）消化器科 （ ）循環器内科 （ ）乳腺外科 （ ）整形外科 （ ）リハビリテーション科				希望相談医師 医師		
病名						
相談の目的（できるだけ具体的にご記入ください）						
受診している医療機関名 診療科				主治医 先生		
上記の連絡先（わかる範囲で構いません）						
住所				電話		

年 月 日 氏名 印

※この用紙を fax 045 - 432 - 1118 へ送信してください。

済生会神奈川県病院

セカンドオピニオン外来受診申込書

記載例

当院受診歴 なし

あり

 診察券ID 12345678

患者	ふりがな	かながわ たろう	性別	生年月日		年齢
	氏名	神奈川 太郎	男	1950年 10月 10日生 (昭和25)		76 歳
	住所	〒221-0821 横浜市神奈川区富家町6-6	電話	自宅	045-432-1111	
				携帯	090-△△△-〇〇〇	
相談者	ふりがな	よこはま はなこ	年齢	続柄	備考	
	氏名	横浜 花子	50	長女		
	住所	〒231-0823 横浜市中区〇〇	電話	自宅	045-〇〇〇-×××	
				携帯	090-×××-〇〇〇	
希望の診療科（ご希望科に○をご記入ください） （○）消化器科 （ ）循環器内科 （ ）乳腺外科 （ ）整形外科 （ ）リハビリテーション科			希望相談医師 長島 医師			
病名 食道がん						
相談の目的（できるだけ具体的にご記入ください） 2026年〇月頃から胸やけや固形物を飲み込むとつかえを感じるようになり、普段からかかりつけ医でもある〇〇クリニックに受診したところ、食道にがんがあり、手術か抗がん剤での治療をするしかないと言われた。〇月〇日に、紹介状をいただき、〇〇病院に受診したところ、手術は病状的に難しく、抗がん剤での治療しかできないと言われた。本人もできれば手術したいと考えているので、手術の選択肢が本当にないのか、他の方法がないのか相談したい。						
受診している医療機関名 診療科 〇〇総合病院				主治医 △〇 先生		
上記の連絡先（わかる範囲で構いません） 住所 横浜市〇〇区…… 電話 045-……						

「済生会神奈川県病院セカンドオピニオン外来のご案内」の内容に同意の上、セカンドオピニオン外来の受診を申込みます。

2026 年 〇 月 〇 日 氏名 横浜 花子

※この用紙をfax045 - 432 - 1118へ送信してください。

この「セカンドオピニオン外来申込書」は、ご記入後セカンドオピニオン外来受付にfax送信したのち、必要書類に同封し、郵送していただくことになります。

当院の受診歴のある方は、診察券番号をご記入ください。
生年月日は、西暦でご記入ください。不明な場合は（ ）内に和暦でご記入ください。

本人ではない方が相談される場合は、相談者の氏名、患者本人との続柄をご記入ください。

ホームページ上「セカンドオピニオン外来のご案内」に掲載されている「セカンドオピニオン外来の対象疾患」をご参照の上、ご記入

以下の場合は受診をお受けできません。
・現在受診されている医療機関の主治医が了解していない場合
・当院に相談領域に対応できる専門医がいない場合
・主治医に対する不満、転医希望、医療過誤及び訴訟に関する内容の場合
・死亡した患者さんを対象とする場合

相談者が患者ご本人の場合は、本人の署名、
相談者が患者ご本人以外の場合は、相談者の署名をお願いします。