**ＬＳＩ札幌クリニック　セカンドオピニオン申込書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **患 者　様** | **（ふりがな）****氏　　　名** | **（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）****男　　・　　女** |
| **生年月日** | **大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令　　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日生 （　　　　　　　　　　　）　歳** |
| **住　　　所** | **〒** |
| **連絡先** |  |
| **相 談 者 様** | **（ふりがな）****氏　　　名** | **（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）****男　　・　　女** |
| **続柄** |  |
| **住　　　所** | **〒** |
| **連絡先** |  |
| **診 断 名** |  |
| **主治医の医療機関名・名前** | **医療機関名：（　　　　　 　 　　　 　　 　　　　　　）****（　　 　 　　　 　　）科　（　　　　　 　　 　　　　　）医師** |
| **現在の状態** | **□入院中　　　　　　　□通院中 　 □その他 （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** |
| **相談内容** | **相談の目的(あてはまるものすべてに○をつけてください)** |
| **ⅰ)　現在の診断や治療について説明を受けたい** |
| **ⅱ)　他に可能な治療法があるか知りたい** |
| **ⅲ)　その他 (　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)** |
| **具体的な相談内容など** |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

* **事前にご記入の上、当日受付までお持ちください**