

# セカンドオピニオン申込書

年 月 日

患者さまのお名前	フリガナ	生年月日	M・T・S・H 年 月 日 ( 歳)
患者さま住所	〒 電 話 ( ) 日中の連絡先 ( )		
相談者氏名	続 柄	資 料 有 無	
相談者住所	〒 電 話 ( ) 日中の連絡先 ( )		

(1) ご相談の目的及び内容

(2) 患者さまの今までの経過

(3) 患者さまの現在の状況

病名                      知っている ・ 知らない ・ わからない

(4) 入院または通院している医療機関名

所在地 \_\_\_\_\_

病院名 \_\_\_\_\_

電話 ( )

受付番号	希望日	年 月 日
------	-----	-------

※ 決定	相談診療科 医 師 名	科	相談日	年 月 日 午前 ・ 午後 時 分
------	----------------	---	-----	----------------------