

(様式1)

令和 年 月 日

セカンドオピニオン外来申込書

患者様のお名前		生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)	
相談者氏名		患者様との続柄		資料等 有・無
相談者住所				
	電話 ()		FAX ()	
(1) ご相談の目的・内容				
(2) 患者様の現在の症状 (出来るだけ病名をお書き下さい)				
(3) 患者様がおかかりの医療機関でどのような説明を受けましたか				
(4) その他の状況				
現在おかかりの医療機関名 (入院先・通院先)				
所在地 _____				
病院名 _____		診療科名 _____		
主治医名 _____		電話 () _____		