

## セカンドオピニオン外来申込書

令和 年 月 日

ふりがな				明・大・昭・平・令
患者様の氏名	(男・女)		生年月日	年 月 日
現住所	〒		電話	( )
			FAX	( )
相談者氏名		患者様との関係	検査資料	有 ・ 無
希望日時	第1希望	月 日	午前・午後	<small>病院からの回答方法の希望を○で囲んでください</small>  電話 FAX 郵送
	第2希望	月 日	午前・午後	
	第3希望	月 日	午前・午後	
相談にこられる方	本人	本人とご家族 一緒	ご家族	(○で囲んでください)
相談内容				
病名または症状 (現状をわかる範囲で書いてください)				
現在かかられている医療機関名と担当医名 (現状をわかる範囲で書いてください)				
その他 (現状までの経過や聞きたいことをできるだけ具体的に書いてください)				