

セカンドオピニオン外来申込書

平成 年 月 日

(ふりがな)		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
患者様氏名	(男・女)		
現住所	〒 電話() - FAX() -		
相談者氏名	(続柄)		
希望予約日時	第1希望 年 月 日 時	第2希望	年 月 日 時
相談時来院者	ご本人・ご本人と家族・ご家族:ご家族の場合は氏名		

■相談内容■

- * 診断名または症状(現状)
- * 現在かかられている病院名(主治医)
- * 現在までの経過や質問事項を分かる範囲でお書き下さい。