

セカンドオピニオン外来申込書

令和 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		
<p>■相談内容■</p> <p>* 診断名または症状(現状)</p> <p>* 現在かかられている病院名(主治医)</p> <p>* 現在までの経過や質問事項を分かる範囲でお書きください。</p>			