

セカンドオピニオン外来申込書

(Fax: 093-582-1103)

■ 申込者

住 所				
氏 名	(患者様との関係：)			
電話番号		年齢	歳	(男・女)

■ 患者様

氏 名				
生年月日	年	月	日生まれ	(男・女)

■ 現在の主治医

	病院		科		先生
--	----	--	---	--	----

■ 病歴 (簡単に)

--

■ 相談依頼内容 (出来るだけくわしく)

--

■ 担当医 (もしご希望があれば)

	科		先生
--	---	--	----

■ ご持参いただける資料

- 主治医からの添書 (必ず)
- 検体検査に関するもの： あり ・ なし
- 画像診断に関するもの： あり ・ なし

■ 病院側記載欄

受付 _____ 年 月 日 受付者 _____ ファックス済み

担当医決定 _____ 年 月 日

相談日決定 _____ 年 月 日

関係者へ確認書送付 _____ 年 月 日