

セカンドオピニオン外来申込書

(Fax: 093 - 582 - 1103)

申込者の住所

氏名(患者との関係)

(男・女) 年齢 歳

電話番号

患者氏名

(男・女) 年 月 日生まれ

現在の主治医は「

」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)

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