

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(患者様との関係:) (男・女) 年齢 歳
電話番号

■ 患者様氏名 (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