

セカンドオピニオン申込書

「セカンドオピニオン外来のご案内」の記載内容に同意の上、以下の内容で貴院のセカンドオピニオンを申し込みます。

記入日：平成 年 月 日

患者さんの氏名	生年月日	性別
(ふりがな)	明・大・昭・平	男・女
	年 月 日生 (歳)	
相談者氏名(続柄)	住所・電話番号	
(ふりがな)	(〒 -)	
()	TEL - -	
(病名)		
患者さんの現在の状況 入院中 ・ 通院中 ・ その他()		
医療機関名 _____		
診療科目 _____		
主治医 _____		
ご相談の目的(ご自由にお書きください。別紙に記入しても結構です。)		

【病院記載欄】

相談日時	平成 年 月 日 (曜日) 午前 ・ 午後 時 分
備考	

医療法人社団 土田病院