

セカンドオピニオン申込書

必要事項をご記入のうえ、048-564-2538 へ FAX、又はご郵送ください。

患者様 お名前	(ふりがな)	男・女	生年 月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日
患者様 ご住所	〒 -			
相談者 お名前	(ふりがな)	男・女	生年 月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日
相談者 ご住所	〒 -			
連絡先	電話 : () - ファックス : () -			
<p>(1) 患者様の現在の状況 (いずれかを○で囲んでください) 入院中・通院中・その他 ()</p> <p>(2) 入院中 (入院した) 又は通院中 (通院した) の病院及び診療科名</p> <p>(3) 病名</p> <p>(4) 医師に相談される内容</p> <p>(5) その他当院へのご希望があればご記入ください。</p>				