

## セカンドオピニオン申込書

|               |                                     |
|---------------|-------------------------------------|
| 患者様の氏名・性別     | フリガナ                                |
|               | (男・女)                               |
| 生年月日          | (明治・大正・昭和・平成) 年 月 日生( 歳)            |
| ご住所           | 〒                                   |
| ご連絡先          | TEL ( )<br>※必ず、ご連絡の取れる電話番号をご記入ください。 |
|               | FAX ( )                             |
| 疾患名           | 1、<br>2、<br>3、                      |
| 患者さまの現在の状況    | 入院中 ・ 通院中 ・ その他( )                  |
| 相談内容          |                                     |
| 現在受診している医療機関名 |                                     |
| 主治医氏名         |                                     |
| 持参できる資料       |                                     |