

セカンドオピニオン申込書

平成 年 月 日

患者さんの お名前	フリガナ	生年月日	M・T・S・H 年 月 日 (歳)
患者さんの 住所	〒 電 話 () 日中の連絡先 ()		
相談者氏名		続 柄	資 料 有・無
相談者住所	〒 電 話 () 日中の連絡先 ()		
(1) ご相談の目的及び内容			
(2) 患者さんの今までの経過			
(3) 患者さんの現在の状況			
病名 知っている ・ 知らない ・ わからない			
(4) 入院または通院している医療機関名			
所在地 _____			
病院名 _____ 電話 ()			

※医療機関側の記載

希望日	平成 年 月 日	相談日	平成 年 月 日 午前・午後 時 分
-----	----------	-----	-----------------------