

平成 年 月 日

### セカンドオピニオン外来申込書

患者様のお名前		生年月日	M・T・S・H 年 月 日 ( 歳)
相談者氏名		患者様との続柄	資料等有・無
相談者住所	電話： ( ) ファックス： ( )		
(1) ご相談の目的・内容			
(2) 患者様の現在の症状（出来るだけ病名をお書きください。）			
(3) 患者様がおかかりの医療機関でどのような説明を受けましたか。			
その他の状況：			
現在のおかかりの医療機関名（入院先・通院先）			
所在地： _____			
病院名： _____ 診療科名 _____			
主治医名 _____ 電話： _____			
( )			