

年 月 日

セカンドオピニオン外来申込書

患者様のお名前(フリガナ)		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: ()					

※ 当書類に記載された個人情報については、当センターの個人情報保護方針に基づいて適切に処理いたします。