

セカンドオピニオン外来申込書

申込日： 年 月 日

受付者：

* 選択項目欄は当てはまる方を○で囲んでください

↑ 受付者欄は病院が記載します

フリガナ		性別
患者氏名		男・女
生年月日	T・S・H・R 年 月 日 (満 歳)	
住所及び連絡先	〒	
	電話番号：	
	携帯番号：	
相談者	1.患者本人 2.患者家族 2に当てはまる場合は太枠部分を記載	
相談者氏名		
患者と相談者の関係	1.親 2.子 3.その他 ()	
相談者の住所及び連絡先	〒	
	電話番号：	
	携帯番号：	
現在の主治医及び医療機関	主治医：	
	医療機関：	
患者の現在の状況	1.通院中 2.入院中	
疾患名		
相談内容		
相談したい医師の希望 (相談内容によってはご希望に添えないこともございます)	1.岩本 哲明医師 (一般) 2.郭 樟吾医師 (脳血管内治療) 3.特になし	