

セカンドオピニオン外来 申込書

申し込み用紙に記入の上、011-832-9624へFAX、またはご郵送ください。

患者様の氏名		生 年 月 日		年 齢
フリガナ		明・大 昭・平 年 月 日		歳
相談者氏名	続柄	住所・電話番号		
フリガナ		〒 — — TEL — —		
(1) 現在入院中または通院先の病院及び診療科名				
病院名 _____		診療科名 _____		
所在地 _____				
電 話 — — _____				
(2) 病 名 (現在の病院で告げられた診断名)				
(3) 患者様の現在の状況				
(4) 患者様の今までの経過				
(5) 当院医師に相談したい内容				