

セカンドオピニオン外来申込み書

「セカンドオピニオン外来の案内」の内容を了承した上で、瀏野辺総合病院のセカンドオピニオン外来を申込みます

西暦 年 月 日

本人	フリガナ	男 女	生年月日	年齢(歳)	
	氏名		大正・昭和 平成・令和	年	月
	住所 〒	TEL			
		携帯電話			
申込者	フリガナ	続柄			
	氏名				
	住所 〒	TEL			
		携帯電話			
診断名					
相談概要					
医療機関名					
所在地					
診療科					
主治医名					

※代理人の方がセカンドオピニオンをうける場合は、別途、「セカンドオピニオンの同意書」が必要になります。