

斗南病院 患者支援センター 宛

セカンドオピニオン申込書

申し込み用紙に記入の上、011-231-2185 へFAX、またはご郵送下さい。

____年 ____月 ____日

○患者又は相談者(相談者はご家族に限ります)

相談者	住 所	〒
	氏 名	
	電話 FAX 番号	
	患者さんとの ご関係	本人・患者の _____
患者さんについて	住 所	〒
	フリガナ 氏 名	男 ・ 女
	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日
	電話番号	
	(現在入院中または通院中の病院及び診療科名)	
	病院名	_____
	診療科名	_____
	所在地	_____
	電話	_____
	病名(現在の病院で告げられた診断名)	
参考となることがら(現在の状況・今までの経過・当院医師に相談したい内容など)		