セカンドオピニオン外来申込書

申込日　　年　　月　　日

セカンドオピニオン外来を下記の通り申し込みます。

患者氏名	フリガナ	男・女	生年月日（満年齢）
			T・S・H・R　年　月　日（　歳）
現住所	（〒　　ー　　）　患者本人・患者家族		
連絡先電話番号		携帯	
相談者氏名	※患者さまご本人が相談される場合はご記入の必要はございません。		
	フリガナ	患者さまとの続柄 連絡先（　　）	
現住所	（〒　　ー　　）		
現在の診療状況	外来通院中・入院中・その他（　　）		
	医療機関　　病院・医院・診療所		
	所在地　　電話（　　）		
	診療科　　担当医　　先生		
事前提出できる資料	□ 病状説明書（紹介状等）		受領　□
	□ 検査データ		受領　□
	□ レントゲンフィルム（CT等を含む）		受領　□
	□ その他（　　）		受領　□

ご相談の具体的な内容

※太枠内を事前にご記入の上、当日ご持参ください。

病院記入欄

奈良県西和医療センター