

書式1 **セカンドオピニオン外来 予約申込書**

平成 年 月 日記入

患者さま	ふりがな		性別	<input type="checkbox"/> 男性
	お名前	様		<input type="checkbox"/> 女性
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (満 歳)		
	ご住所	〒 電話 () -		
ご相談者	連絡先	①(自宅・携帯・職場、その他) ②(自宅・携帯・職場、その他) ③(自宅・携帯・職場、その他)		
	(ふりがな) お名前		患者様との続柄	
	(ふりがな) お名前		患者様との続柄	
	(ふりがな) お名前		患者様との続柄	
<p>相談内容 * (1)の質問にはチェック(V)をして、ご回答ください。</p> <p>(1) 相談の目的をお知らせ下さい：</p> <p><input type="checkbox"/> 1. 診断や治療方針が妥当かどうかを確かめたい</p> <p><input type="checkbox"/> 2. 他の治療法の可能性を知りたい</p> <p><input type="checkbox"/> 3. その他 _____</p> <p>(2) 今までの経過を簡単にお知らせください。</p> <p>1. 診断時期 _____ 年 _____ 月 頃 _____</p> <p>2. 病名 _____</p> <p>3. 主治医の意見・主治医から受けた説明内容</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>(3) 後持参いただける資料について、分かる範囲でチェック(v)を付けてください。</p> <p><input type="checkbox"/>レントゲン <input type="checkbox"/>CT <input type="checkbox"/>MRI <input type="checkbox"/>心電図 <input type="checkbox"/>エコー <input type="checkbox"/>血液検査データ <input type="checkbox"/>その他 ()</p>				

上記をご記入の上：**079-236-3210**へFAXをお願い致します。