

昭和大学藤が丘病院 セカンドオピニオン申込書

「セカンドオピニオンご案内」の内容を了承の上セカンドオピニオンを申し込みます

年 月 日

患者	フリガナ		男・女	生年月日	大正・昭和・平成	
	氏名				年	月
	住所	〒	電話			
相談者	フリガナ		男・女	続柄		
	氏名				電話	
	住所	〒	連絡先			
当日来られる方	該当者に をしてください 本人 ・ ご家族	都合の悪い日時が有りましたらご記入ください				
受診している医療機関 〒						
住所			担当科			
名称			担当医師名			
患者の現状	病名	状況	入院中 ・ 通院中 ・ その他			
相談目的						
相談したい内容(経過や聞きたいことをできるだけ具体的にご記入ください)						