セカンドオピニオン　外来申込書

平成　　年　　月　　日

□患者本人・患者本人とご家族・ご家族
※ご家族の場合は、患者本人からの同意書（様式は任意）が必要となります。

□患者様の受診暦
過去に当院に受診したことが　　ある　・　ない
ある場合は　　ID番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（ふりがな）		生年月日	明・大・昭・平　（年齢　　歳）
患者様 氏名	（男・女）		年　　月　　日
住所			
電話		FAX	
（ふりがな）		患者様との続柄	
相談者 氏名	（男・女）		
住所			
電話		FAX	

希望日時	月　　日	月　　日

【相談目的】 （診断・検査結果・治療方針・手術適応・手術方法等）

現在受診されている病(医)院名・診療科・医師名を記載して下さい。

病(医)院名	
診療科	
医師名	

はるひ呼吸器病院
愛知県清須市春日流8－1　　TEL　052-400-7111　FAX　052-400-7133