

# セカンドオピニオン 外来申込書

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。

患者様の受診歴

過去に当院に受診したことが あり 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
------	-----	-----

<b>【相談目的】</b> (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