

北斗病院セカンドオピニオン 申込書

「セカンドオピニオンのご案内」に同意の上、以下の内容で、貴院のセカンドオピニオン相談を申し込みいたします。・

令和 年 月 日 () ・

ふりがな
相談者氏名 ・

印

患者様	ふりがな 氏 名	様		性 別	男 ・ 女
	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和	年 月 日 生	年 齢	歳
	住 所	〒			
	連絡先	TEL: () FAX: () Eメール:			
相談者	住 所	〒			
	連絡先	TEL: () FAX: () Eメール:			
	続 柄	ご本人・ご家族() ・ その他 ()			
診療科目	脳神経外科 ・ 放射線科 (どちらかを○で囲んで下さい)				
診断名					
ご相談 内 容					
ご相談 方 法	ご来院 ・ 資料のみ (どちらかを○で囲んで下さい)				
現在治療 を受けて おられる 医療機関	病院名				
	主治医	科 先生			
	住 所	〒			
	連絡先	TEL: () / FAX: ()			
備 考					