

今給黎総合病院 セカンドオピニオン外来 申込書

申込日	平成 年 月 日
ふりがな	
患者氏名	
生年月日	
住所	
連絡先	

受診者が、本人以外の場合は、**同意書**が必要となります

相談者氏名 本人以外の場合	続柄 ()
生年月日	
住所	
連絡先	

現在の状況	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 訪問診察・看護中
お聴きになっている 診断名	
現在、おかけの 医療機関名	
現在、おかけの 医師の氏名	

紹介状・検査データ・レントゲンフィルム等が必要となります

希望診療科	
相談の目的 あてはまるものに全てに チェックをして下さい	<input type="checkbox"/> 現在の診断や治療について説明を受けたい <input type="checkbox"/> 他に可能な治療方法があるか知りたい <input type="checkbox"/> その他の目的 ⇒
質問したいこと	