

渋谷コアクリニック セカンドオピニオン申込書

| | | | | |
|------------|--|--|-----|--|
| 患者さん | フリガナ 氏名 | | 男・女 | |
| | 生年月日 | 明・大・昭・平・令 年 月 日生 | 歳 | |
| | 住所 | 〒 | | |
| | 連絡先 | TEL | FAX | |
| | | 携帯電話 | | |
| 当院の 受診歴 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (番号:) | | | |
| 相談者 | フリガナ 氏名 | <input type="checkbox"/> 患者さんと同一 続柄 () | | |
| | 住所 | 〒 | | |
| | 連絡先 | TEL | FAX | |
| 携帯電話 | | | | |

| | | | |
|--------------|--------|-----|---------------------|
| 病名 | | | |
| 今までの経過・現在の治療 | | | |
| 相談内容 | | | |
| 現医療機関 | 病院名 | | |
| | 主治医 先生 | | |
| 相談日 | 金曜日 | 15時 | または 15時30分～ (最長1時間) |

「セカンドオピニオンのご案内」の内容を了承したうえで、以上の通り申し込みます。

令和 年 月 日 患者氏名