



国際医療福祉大学成田病院

【セカンドオピニオン外来 申込書】

■患者様情報

年 月 日

フリガナ			
氏 名	⑩ 男 ・ 女		
生年月日	年	月	日 (歳)
住 所	〒	—	
電話番号			

■相談者（代理人）情報

フリガナ		患者様 との続柄	
氏 名			
住 所			
電話番号		形態電話	

■相談に関する医療情報

現在受診中の医療機関名
診療科・主治医
疾患名（診断名）
用意する資料（○印を記入） 準備資料：診療情報提供書・画像（CD-ROM）・検査データ（採血結果、病理診断レポート） 病理標本（プレパラート） など 準備状況：手元にある ・ これから準備（ 月 日までに準備可能）
◇希望診療科・医師 <p style="text-align: right;">※ご希望に添えない場合がございます。予めご了承ください。</p>
◇ご相談内容について、詳しくご記載ください。 (紙面が不足する場合、別紙にて作成の上ご提出ください)
◇ご都合の悪い日・時間があればご記入ください。 ※ご希望に添えない場合がございます。予めご了承ください。

