

昭和医科大学藤が丘病院 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」の内容を了承のうえセカンドオピニオンを申込ます。

年 月 日

患者	フリガナ		男・女	生年月日	T・S・H・R
	氏名				年 月 日
	住所	〒	電話	連絡先	
相談者	フリガナ		男・女	続柄	
	氏名				
	住所	〒	電話	連絡先	
当日来られる方	該当者に○をしてください。 本人 ・ ご家族		都合の悪い日時がありましたらご記入ください。		
受診している医療機関 住 所：〒 担当科： 名 称： 担当医指名：					
患者の現状	病名：	状況	入院中・通院中・その他		
相談目的					
相談したい内容（経過や聞きたいことをできるだけ具体的にご記入ください）					