

セカンドオピニオン外来申込書

申込日 年 月 日

患者	ふりがな		生年月日		歳
	氏名		(男 ・ 女)		
	住所		T E L		携帯
相談者 (患者様以外の場合)	ふりがな		続柄		
	氏名				
	住所		T E L		携帯
希望診療科			病名		
泌尿器科 ・ 内科					
ご相談の具体的な内容					
(用紙が不足する場合は別紙にご記入ください)					
現在の医療機関	医療機関名称				
	診療科	主治医名			
	科	先生			
	所在地				
	T E L :				
＊現在受診されている医療機関からの診療情報提供書・検査及び画像データの提供が必要になります。 資料： ・ 手元にある ・ これから準備 月 日迄に揃う予定 平尾病院から事前に F A X で取り寄せ : 可 ・ 不可 (当日持参)					