

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 氏名	生年月日 (男・女)	歳	
	住所	TEL 携帯		
相談者 (患者様以外の場合)	ふりがな 氏名	続柄		
	住所	TEL 携帯		
希望診療科 泌尿器科・内科		病名		
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		
	所在地	科		先生
	TEL :			
	* 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 日迄に持参予定 平尾病院から事前にFAXで取り寄せ : 可 ・ 不可 (当日持参)			