# 横浜掖済会病院　セカンドオピニオン申込書

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | 申込日 | 年　月　日 | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ | | 男・女 | 生年月日 | Ｍ・Ｔ・Ｓ・Ｈ　年　月　日 | |
| 患者氏名・性別 | | | | | |
| 患者住所・連絡先 | 〒 | | | | |
| | 電　話 | | | | |
| | ＦＡＸ | | | | |
| 相談者氏名 | | | 患者との続柄 | | |
| 相談者住所・連絡先 | 〒 | | | | |
| | 電　話 | | | | |
| | ＦＡＸ | | | | |
| 疾患名 | 1 | | | | |
| | 2 | | | | |
| | 3 | | | | |
| 患者の現在の状況 | 入院中　・　通院中　・　その他（　　） | | | | |
| 相談内容 | | | | | |
| 相談希望日 | 年　月　日　・　できるだけ早く | | | | |
| 主治医氏名 | | | | | |
| 医療機関名 | | | | | |
| 所在地 | 〒 | | | | |
| 連絡先 | | | | | |
| 持参できる資料 | | | | | |