

市立加西病院 セカンドオピニオン外来申込書

令和 年 月 日記入

患者さま	フリガナ お名前		性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
	生年月日	大・昭・平 年 月 日 (満 歳)		
	ご住所	〒 - 電話 () -		
ご相談者	フリガナ お名前		患者様との続柄	
	フリガナ お名前		患者様との続柄	
	フリガナ お名前		患者様との続柄	
	連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> その他 電話 () -		
<p>相談内容 ※ (1) の質問にはチェック (✓) をして、ご回答ください。</p> <p>(1) 相談の目的をお知らせください。</p> <p><input type="checkbox"/> 1. 診断や治療方針が妥当かどうかを確かめたい</p> <p><input type="checkbox"/> 2. 他の治療法の可能性を知りたい</p> <p><input type="checkbox"/> 3. その他 _____</p> <p>(2) 今までの経過を簡単にお知らせください。</p> <p>1. 診断時期 _____ 年 _____ 月ごろ</p> <p>2. 病 名 _____</p> <p>3. 主治医の意見・主治医から受けた説明内容</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>(3) ご持参いただける資料について、わかる範囲でチェック (✓) をつけてください。</p> <p><input type="checkbox"/>レントゲン <input type="checkbox"/>CT <input type="checkbox"/>MRI <input type="checkbox"/>PET <input type="checkbox"/>エコー <input type="checkbox"/>血液検査データ</p> <p><input type="checkbox"/>その他 ()</p>				

上記をご記入の上：0790-42-5365 へFAXをお願いいたします。

市立加西病院 地域医療室 〒675-2393 加西市北条町横尾1丁目13番地