

セカンドオピニオン外来申込書

平井医院 御中

記入日 平成 年 月 日

患者さま	氏名	生年月日	年齢	性別
	(フリガナ)	明治・大正・昭和・平成 年 月 日	歳	男・女
相談者	氏名(続柄)	生年月日	年齢	性別
	(フリガナ)	明治・大正・昭和・平成 年 月 日	歳	男・女
	住所	連絡先		
〒		TEL (- -)		
患者さまの現在の状況 (いずれかを○で囲んでください。)				
入院中 ・ 通院中 ・ その他 ()				
病名				
具体的な相談内容 (ご自由にお書きください。用紙が不足する場合は別紙でもOKです。)				
入院先または通院先				
医療機関名：				
診療科名：				
主治医：				

※上記をご記入のうえ、FAXまたは郵送してください。

HIRAI  CLINIC

外科・内科 平井医院