

川崎医科大学附属病院 セカンドオピニオン申込書

平成 年 月 日

患者様氏名	ふりがな	性別	生年月日	年齢
		男・女	明・大・昭・平 年 月 日	
ご相談者氏名	ふりがな	続柄	ご住所・TEL・FAX	
			〒 (TEL) (携帯) (FAX)	
ご相談希望科	科			
疾患名				
ご相談内容 *できるだけ詳しく ご記入ください。				
希望の相談時間をご指定ください。	30分 ・ 60分			
現在かかっている 医療機関と主治医名	病院・医院 科 先生			

- ・セカンドオピニオン外来のお申込には現在の主治医のご了承が必要です。
あらかじめご相談いただき受診時に診療情報提供書をお持ちください。
- ・ご相談内容によりお受けできない場合もありますのでご了承ください。
- ・ご指定の受診科・担当医師はご希望通りにならない可能性があります。