

姫路赤十字病院

## セカンドオピニオン外来申込書

|  |             |         |         |    |         |
|--|-------------|---------|---------|----|---------|
| 患者さま   | フリガナ<br>お名前 | 様       |         | 性別 |         |
|  | 生年月日        | 明・大・昭・平 | 年       | 月  | 日 (満 歳) |
|  | ご住所         | 〒 -     |         |    | 電話( ) - |
| ご相談者   | フリガナ<br>お名前 |         | 患者様との続柄 |    |         |
|  | フリガナ<br>お名前 |         | 患者様との続柄 |    |         |
|  | フリガナ<br>お名前 |         | 患者様との続柄 |    |         |
| <p><b>相談内容</b> (1)の質問には、番号に を付してご回答下さい。</p> <p>(1) 相談の目的をお知らせ下さい：</p> <p>         {         <br/>         1. 診断や治療方針が妥当かどうかを確かめたい         <br/>         2. 他の治療法の可能性を知りたい         <br/>         3. その他 ( )         }       </p> <p>(2) 今までの経過を簡単にお知らせ下さい：</p> <p>1. 診断の時期 _____ 年 _____ 月ごろ</p> <p>2. 病 名 _____</p> <p>3. 主治医の意見 _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>(3) ご持参頂ける資料について、わかる範囲で 印をつけて下さい：</p> <p>レントゲン ・ CT ・ MRI ・ 心電図 ・ エコー ・ 血液検査データ</p> <p>その他 _____</p> |             |         |         |    |         |

上記ご記入の上、0792-299-5519 へFAXまたは郵送下さい。

姫路赤十字病院 地域連携課 〒670-8540 姫路市下手野1丁目12番地1号