

赤穂市民病院 セカンドオピニオン外来申込書

患者さま	フリカ'ナ お名前			性別 男・女
	生年月日			
	ご住所	〒 - 電話() -		
ご相談者	フリカ'ナ お名前		患者様との続柄	
	フリカ'ナ お名前		患者様との続柄	
	フリカ'ナ お名前		患者様との続柄	
<p>相談内容 (1)の質問には、番号に を付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>1. 診断や治療方針が妥当かどうかを確かめたい</p> <p>2. 他の治療法の可能性を知りたい</p> <p>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. 診断の時期 _____</p> <p>2. 病 名 _____</p> <p>3. 主治医の意見 _____</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 をつけてください。</p> <p>レントゲン ・ CT ・ MRI ・ エコー ・ 血液検査データ</p> <p>その他 _____</p>				

上記ご記入のうえ、0791 - 43 - 8465へFAXをお願いいたします。

赤穂市民病院 地域医療室 〒678 - 0232 赤穂市中広1090番地