

長岡中央総合病院

セカンドオピニオン外来 申込書

申込日 令和 年 月 日

申込者 氏 名 (患者さんとの続柄:)

フリガナ			
患 者 氏 名	性 別 (男 ・ 女)		
生 年 月 日	西暦	年	月 日 (歳)
住 所	〒		
連 絡 先	TEL	-	-
	携 帯 番 号	-	-
フリガナ			
相 談 者 氏 名	(続柄 :)		
連 絡 先	TEL	-	-
	携 帯 番 号	-	-
現在の状況	現 医 療 機 関 _____ 病院・医院 科 現在 ☐ 通院中 ☐ 入院中		
疾患名	#1 #2		
ご相談 内容	#1 #2 #3		
当日来院される方	本 人 家 族 (続柄:) (続柄:) (続柄:)		