

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 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 お名前		患者様との続柄		
	フリガナ お名前		患者様との続柄		
	フリガナ お名前		患者様との続柄		
相談内容 ※(1)の質問には、番号に○を付してご回答下さい。					
(1) 相談の目的をお知らせ下さい:					
1. 診断や治療方針が妥当かどうかを確かめたい					
2. 他の治療法の可能性を知りたい					
3. その他 []					
(2) 今までの経過を簡単にお知らせ下さい:					
1. 診断の時期 _____ 年 _____ 月ごろ					
2. 病 名 _____					
3. 主治医の意見 _____					

(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:					
レントゲン ・ CT ・ MRI ・ 心電図 ・ エコー ・ 血液検査データ					
その他 _____					

上記ご記入の上、079-299-5519へFAXをお願い致します。

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