

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	大・昭・平・令 年 月 日	男・女 (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
<p>相談内容 ※(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> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="font-size: 3em; margin-right: 10px;">{</div> <div style="margin-right: 10px;">1. 診断や治療方針が妥当かどうかを確かめたい</div> <div style="margin-right: 10px;">2. 他の治療法の可能性を知りたい</div> <div style="margin-right: 10px;">3. その他 {</div> <div style="flex-grow: 1; border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; height: 20px;"></div> <div style="font-size: 3em; margin-left: 10px;">}</div> </div> <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、079-299-5519 へFAXをお願い致します。

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