

厚生中央病院 セカンドオピニオン申込書

年 月 日

患者名	フリガナ 氏名		性別	男・女	
	生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日生	歳		
	住所	〒			
	連絡先	TEL		FAX	
携帯電話					
相談者	フリガナ 氏名	(本人の場合は記入不要です)	続柄		
	住所	〒			
	連絡先	TEL		FAX	
		携帯電話			

希望診療科		希望医師	
病名			
今までの経過			
相談内容			
現医療機関	病院名		
	診療科	主治医	先生
相談日について、ご都合の悪い日や時間がありましたらご記入ください。			