

セカンドオピニオン外来問診票

独立行政法人国立病院機構 宇多野病院 地域医療連携室 行

FAX:075-461-5152

※FAXで送信されるときは、送信前に**再度FAX番号を確認**して下さい。

フリガナ		生年月日
患者さまの氏名	(男・女)	明・大・昭・平 年 月 日()才
住 所	〒	
TEL・FAX	TEL:()-()-() FAX:()-()-()	
宇多野病院「診察券(IDカード)」	有・無 有の場合:ID番号()	
当院のセカンドオピニオン外来を受診される目的は何ですか。(できるだけ具体的にお書き下さい。) 病名の診断・検査結果の説明・治療の必要性(入院・外来)・日常生活の注意事項・その他等		
現在の症状について、できるだけ詳しくお書き下さい。		
現在受診されている病(医)院名・診療所・医師名をお書き下さい。 ・病(医)院名() ・診療科 ()科 ・医師名 ()		

次のページへ

患者さまの氏名 ()

病名・症状について、どのような説明を受けましたか(できるだけ詳しくお書き下さい。)

当院以外でセカンドオピニオンをお聞きになった病(医)院があればお書き下さい。

・病(医)院名 ()

・診療科 () 科)

・医師名 ()

病名・症状について、どのような説明を受けましたか(できるだけ詳しくお書き下さい。)

その他