医療法人社団 医幸会　喜多村脳神経クリニック

セカンドオピニオン外来 申込書

平成　　年　　月　　日

相 談 者	□ 本人　　□ 家族　　□ 本人と家族 (続柄　　)
ふ り が な	
患者氏名・性 別	氏 名　　(男 ・ 女)
生年月日(年齢)	大・昭・平　　年　　月　　日 (　　才)
ふ り が な	
相談者氏名	
相談者の連絡先	現住所
	自宅電話番号:　　(　　)　　携帯電話番号:　　(　　)
主治医の医療機関と医師名	(　　) 病院・診療所
	所在地:〒
	電話番号:　　(　　)　　ファクス番号:　　(　　)
病　名	
発病または診断の時期	年　　月ごろ
相談の目的	1. 治療の選択について迷っている
	2. 現在の治療法以外の治療法がないか相談したい
	3. 大きな手術などを受けるように勧められている
	4. その他 (　　)
持参資料	1. 診療情報提供書　　2. CT・MRI 検査などのフィルム
	3. その他(　　)

＊ 診療情報提供書および検査資料を必ず御持参下さい

＊ 過去に受けた治療や医療訴訟に関するものはお受けできません

＊ 御本人以外の方が受診される場合は、当院の書式による患者様の同意書と続柄を示す書類が必要となります

医療法人社団 医幸会 喜多村脳神経クリニックまでファックスをお願いいたします

FAX. 03－3340－5928