

三田市民病院 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						
	ご住所	〒 _____ 日 (満 _____ 歳)								
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○を付けてご回答下さい。</p> <p>(1)相談の目的をお知らせ下さい:</p> <div style="margin-left: 40px;"> <table style="border: none;"> <tr> <td style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">{</td> <td style="padding-left: 10px;">1. 診断や治療方針が妥当かどうかを確かめたい</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="padding-left: 10px;">2. 他の治療法の可能性を知りたい</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="padding-left: 10px;">3. その他 [_____]</td> </tr> </table> </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>					{	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 [_____]
{	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 [_____]									

上記ご記入の上、079-565-8015へFAXをお願い致します。