

セカンドオピニオン外来申込書

TEL 086-422-2116

FAX 086-422-2168

※太枠の中をご記入下さい

	No.	申込日： 年 月 日
患者様	ふりがな 氏 名	男 女 生年月日 大・昭・平・令 年 月 日
	住 所 〒 電 話 ()	
ご相談される方	ふりがな 氏 名	男 女 患者様との続柄
	住 所 〒 電 話 ()	
現在の状態 入院中 通院中 その他 ()		
入院中（入院した）または通院中（通院した）の病院及び診療科名		
病 名		
ご相談の内容（ご自由にお書き下さい。スペースが足りない場合には別紙でも結構です）		
診療経過がわかる資料（紹介状、レントゲンフィルム、検査結果等）の有無		有 無

※ご家族がご相談に来られる場合は下記にご記入下さい

同意書	一般財団法人 倉敷成人病センター殿	
	私は、代理人_____に私の疾患についての診断、治療内容および今後の見通しについて説明することに同意いたします。	
	年 月 日	
	患者氏名	印

一般財団法人 倉敷成人病センター