

第一東和会病院 セカンドオピニオン外来問診票

フリガナ		男 ・ 女	生年月日
患者氏名			明・大 年 月 日 昭・平 (歳)
住 所	〒 - TEL ()		

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ください）

当院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ください）

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

現在の症状について、できるだけ詳しくお書きください。