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 |  | 　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 　　　　　　　　　（　　　　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。 |
|  |

社会医療法人東和会　第一東和会病院