セカンドオピニオン外来申込書

平成　　年　　月　　日

(ふりがな) 患者様の氏名	 (男・女)	生年月日	明・大・昭・平 年　　月　　日
ご住所	〒 自宅(　　)　　－ FAX(　　)　　－ 携帯(　　)　　－		
相談者氏名		患者様との続柄	
相談に来られる方	本人　　ご本人とご家族　　ご家族　(○を付けて下さい)		

＊相談内容＊

診断名または症状(現状)

現在かかられている病院名、診療科名

質問事項(必ずご記入下さい)

独立行政法人地域医療機能推進機構
中京病院　がん相談支援センター
FAX:052-691-6053
電話:052-691-7151(内線5613)