

セカンドオピニオン外来申込書

年 月 日

(ふりがな)		生年月日	大・昭・平・令		
患者様の氏名	(男・女)		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、診療科と主治医の先生のお名前 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

(本館2F 患者支援センター内)

FAX:052-691-6053

TEL:052-691-7151