

(S0 様式 1)

セカンドオピニオン依頼用紙

令和 年 月 日

岐阜市民病院セカンドオピニオン外来あて

Fax 058-255-0504

フリガナ

セカンドオピニオン希望患者様 氏名 _____

性別 男・女 生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日 年齢 歳

住所

〒 _____

常に連絡がとれる携帯番号・電話番号の記入

電話番号 _____

現在治療を受けておられる病院・医院名・診療科 担当医師のお名前

_____ 科 _____ 先生

治療を受けておられる病名

セカンドオピニオンを希望される内容

セカンドオピニオンを希望される診療科

担当希望医師（希望ある場合）

セカンドオピニオンを受けられる方

本人 ・ その他（氏名 _____ 続柄 _____）

ご本人以外の場合は、当日ご本人の同意書をお持ち下さい