様式１

セカンドオピニオン外来申込書

年　　月　　日

（ふりがな） 患者様の氏名		生年月日	大・昭・平・令 年　月　日
ご住所	〒 連絡先（　　）　―		
相談者氏名		患者様 との続柄	
相談にこられる方	本人　・　ご本人とご家族　・　ご家族　（〇を付けてください） （※ご家族のみの場合は様式１及び様式２が必要となります）		

【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、診療科と主治医のお名前

質問事項（必ずご記入ください）

大阪府岸和田市春木大国町 8-4
医療法人阪南会 天の川病院
TEL：072-436-2233
FAX：072-436-0889