

セカンドオピニオン申込書

社会福祉法人 京都社会事業財団
京 都 桂 病 院 長 殿

ご希望診療科： _____ 科

申込日：平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

患者さん	(ふりがな)	
	氏 名	(男 ・ 女)
	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 ____ 年 ____ 月 ____ 日 (____ 歳)
	住 所	
	電話番号	(____) ____ - ____

相談者	氏 名	____ ④
	本人との関係	本人 ・ 家族 (____)
	住 所	
	電話番号	(____) ____ - ____

現在治療中の 医療機関名 診療科・担当医名	(____) 病院 ・ 診療所 (____) 科 (____) 先生
質問事項 (簡条書き)	