

申 込 書

年 月 日

社会医療法人 甲 友 会
西宮協立脳神経外科病院
院 長 辻 雅 夫 様

下記のとおり、セカンドオピニオン外来を申し込みます。

患者様

氏 名

生年月日 西 暦 年 月 日

住 所

電話番号 ()-()-()

(1)ご相談内容

(2)患者様の今までの経過

(3)患者様の現在の状況 (入院中 ・ 通院中 ・ 在宅)

病 名: 知っている ・ 知らない ・ 分からない
歩 行: 一人で歩ける ・ 歩けない
食 事: 普通に食べられる ・ 少し食べられる ・ 食べられない
主な訴え:
その他の状況:

(4)入院先または通院先

所在地:
病院名:
電話:()-()-()

相 談 者 (該当欄の【 】に○を記入してください。)

- ① 【 】 ご本人 (患者様ご本人であることが確認できる顔写真入りの証明書『運転免許証たパスポート等の写し』を添えて下さい。)
- ② 【 】 ご家族 (①に追加して、患者様ご本人の意思が確認できる同意書及びご家族であると確認できる1ヶ月以内に発行された住民票等を添えて下さい。)

申 込 者 (この箇所は相談者ご本人の自筆でお書き下さい。)

氏 名

続 柄

住 所

電話番号 () - () - ()