

## がん・セカンドオピニオン外来相談シート

記入日                      年                      月                      日

患者さまの 氏名・性別	ふりがな			男・女
	氏 名			
生年月日	(大正・昭和・平成)                      年                      月                      日			
ご住所 <u>必ず記載してください</u>	〒			
電話番号 <u>必ず記載してください</u>	【ご自宅】			
	【携帯電話】			
	【FAX番号】			
当院診察券番号	既にお持ちの方のみご記入ください			
希望診療科・医師名	診療科		医師名	
病名または症状				
受診中の医療機関名 担当医師名	医療機関名			
	医 師 名			
現在までの経過				
具体的な相談内容				