

# セカンドオピニオン外来問診票

西宮市立中央病院 地域医療連携室  
〒 663-8014 西宮市林田町8番24号  
TEL (0798) 64-1515(代表)  
FAX (0798) 67-4896(地域医療連携室)

ふりがな		生年月日
患者様の氏名		明・大・昭・平 年 月 日
ご住所 〒		
電話番号 ( ) -		FAX番号 ( ) -
ご相談者の続柄 ご本人・ご家族 (続柄 )		
当院セカンドオピニオン外来を受診される目的は何ですか。(できるだけ具体的にお書き下さい。) 病名の診断・検査結果の説明・治療の必要性(入院・外来)・日常生活の注意事項・その他		
現在の病状について、できるだけ詳しくお書き下さい。		
現在受診されている医療機関とお名前 病(医)院名		
診療科	科	医師名 先生
病名・症状についてどのような説明を受けましたか(できるだけ詳しくお書き下さい)		