

# 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： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

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

相談者	氏 名	Ⓜ
	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)	