セカンド・オピニオンの相談申込書

（相談日が決まってからお申込みください）

相談者：□本人　　□代理人

＜必ず記入してください＞

ふりがな：

氏　名：　　性別：

生年月日：　　年　　月　　日　　満　　歳

身長：　　cm　　体重：　　kg

住所：

連絡先：TEL　　携帯

FAX

E-mail

代理人（当事者本人が未成年の場合には、この欄も必ず記入してください）

ふりがな

氏　名

連絡先：TEL（固定、または携帯）[　　（　　）　　]

e-mail：

当事者との間柄：

相談の同意書（□あり　　□なし）

（当事者本人が満 15 歳以上で、本人の同意書がない場合には相談は受け付けません）

病気や症状および薬剤について

※簡単な記入で構いません。詳細は当日伺います。病院の診療情報の持参をお忘れなく。

病名　1：

2：

3：

相談の内容（具体的に質問したいことを 3 項目くらい記入してください）

現在かかっている医療機関名：