

**セカンドオピニオン外来問診票**  
**独立行政法人国立病院機構 刀根山病院 地域医療連携室 行**  
**FAX 06 - 6844 - 8778**

個人のプライバシーをお書きいただきます。FAXで送信されるときは、送信前に再度電話番号を確認して下さい。

フリガナ		生	明・大・昭・平	
患者氏名		年	月	日
				( 歳 )
住 所	〒			
	TEL (                      ) -			
刀根山病院「診察券(IDカード)」	有 ・ 無	有の場合:ID番号	.....	.....

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(                      )

---

現在の症状について、できるだけ詳しくお書き下さい。

現在受診されている病(医)院名・診療科・医師名をお書き下さい。

病(医)院名	診 療 科	医 師 名
--------	-------	-------

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。)

当院以外でセカンドオピニオンをお聞きになった病(医)院があればお書き下さい。

病(医)院名	診 療 科	医 師 名
--------	-------	-------

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。)