

セカンドオピニオン外来申込書

平成 年 月 日

(ふりがな) 患者様の 氏名		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
	(男・女)		
住所	〒 自宅 () - FAX () - 携帯 () -		
相談者氏名		患者様 との続柄	
希望予約日時	第1希望 第2希望	月 日 () 曜日 月 日 () 曜日	午前・午後 時 午前・午後 時
相談に来られる方	ご本人	ご本人とご家族	ご家族 (○を付けてください)
<p>■ 相談内容 ■</p> <p>診断名または症状 (現状)</p> <p>現在かかられている病院名</p> <p>質問事項 (必ず相談者自身をご記入ください)</p>			

■ 相談費用：一回 10,000 円 (診察は含まれません)

独立行政法人国立病院機構 四国がんセンター
がん相談支援・情報センター
TEL 089-999-1114 FAX 089-999-1115