

# 明神館クリニックがん治療セカンドオピニオン申込書

担当医：光畑直喜

※分かる範囲でご記入下さい。

申込日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

お名前 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 性別 男・女 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

相談者 本人・家族 住所 \_\_\_\_\_ 県 \_\_\_\_\_ 市 連絡先（電話番号） \_\_\_\_\_

病名： \_\_\_\_\_ 病期／ステージ： \_\_\_\_\_

転移： あり ・ なし

現在の病気の経過

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

先生に聞きたいこと

---

---

---

---

持参される資料： \_\_\_\_\_

受診希望日： \_\_\_\_\_

セカンドオピニオン外来日は原則火曜日午前です。 ※応相談可

返信 FAX 番号：(084) 927-0015

<問合せ先>明神館クリニック 予約担当：中川、津田 TEL (084) 927-0011