国立病院機構　長崎病院

平成　　年　　月　　日
No.

セカンドオピニオン申込書

患者氏名		生年月日	M・T・S・H　　年　　月　　日 （　　歳）
相談者氏名		続　柄	
相談者住所		電話:　　（　　）	

(1) ご相談の目的

(2) 今までの経過

(3)現在の状況　　(入院中 ・ 通院中 ・ 在宅)

病名: 知っている・知らない・分からない
歩行: 一人で歩ける・歩けない
食事: 普通に食べられる・少し食べられる・食べられない
主な訴え:

その他の状況:

(4) 入院先または通院先

所在地: _____

病院名: _____

電話:　　(　　)