

近畿大学病院セカンドオピニオン外来 問診票

フリガナ			明・大・昭・平・令	性別
氏名	様	生年月日	年 月 日 (歳)	男・女
住所	〒 TEL ()			当院受診歴
				有・無

病名・病状について、主治医からどのような説明を受けましたか。

セカンドオピニオン外来で相談したいことをご記入ください。

(例) 病名・検査結果・治療内容・生活上の注意事項など

現在の症状についてご記入ください。