

(患者本人または相談者記入用)

## 近畿大学奈良病院セカンドオピニオン外来 問診票

フリガナ		大・昭・平・令	性別
氏名	様	年 月 日 ( 歳)	男・女
住所	〒 - TEL ( )		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事をご記入ください

(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。