

LSI札幌クリニック セカンドオピニオン申込書

患者様	(ふりがな) 氏名	() 男・女
	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日生 () 歳
	住所	〒
	連絡先	
相談者様	(ふりがな) 氏名	() 男・女
	続柄	
	住所	〒
	連絡先	
診断名		
主治医の医療機関名・名前	医療機関名:() ()科 ()医師	
現在の状態	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> その他 ()	
相談内容	相談の目的(あてはまるものすべてに○をつけてください)	
	i) 現在の診断や治療について説明を受けたい	
	ii) 他に可能な治療法があるか知りたい	
	iii) その他 ()	
具体的な相談内容など		

※ 事前にご記入の上、当日受付までお持ちください