|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性　別 | 男　・　女 |
| 患者氏名 |  |
| 生年月日 | 　　　　　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　日（　　　　　　歳） |
| 住　所 | 〒　　　―  |
| 連絡先 | 自宅 ： 　 （　　　　　　　　）携帯 ：　　　　　　（　　　　　　　　） |
| 現在の状況 | * 通院中　　□　入院中
 |
| 当院の受診歴 | * なし　　　□　あり（診察券の番号：　　　　　　　　　　　　　　）
 |
| 相談されたい病名 |  |
| ご相談内容 | ※ご質問を箇条書きでご記入ください。記入欄が足りない場合は別紙にご記入ください。 |
| 当日参加される方 | * 本人
* 家族（続柄：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）【計　　　名】
 |

関西医科大学附属病院 オンライン・セカンドオピニオン外来 問診票

　年　　　月　　　日

****ご記入者署名：

〔　本人 ・ 代諾者（続柄：　　　 ） 〕※当てはまる方に〇をつけてください。