

様式 1

セカンドオピニオン申込書

医療法人社団水生会柴田病院 殿

申 込 日	年 月 日		
(ふ り が な) 患 者 氏 名			
生 年 月 日	年 月 日	性 別	男 ・ 女
連絡先電話番号			
主 治 医			
相談（希望）内容	(具体的に記載ください)		

※必要資料（紹介状・検査結果・画像等）は事前にご提出ください。