

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

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	<input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 入院中		
当院の受診歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (診察券の番号:)		
相談されたい病名			
ご相談内容	<p>※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。</p>		
当日参加される方	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 (続柄:) 【計 名】		

年 月 日

ご記入者署名: _____

[本人 ・ 代諾者 (続柄:)] ※当てはまる方に○をつけてください。