



セカンドオピニオン外来・相談用紙

【コピー可】

記入日： 年 月 日

ふりがな
来訪者の氏名：
患者との関係：
連絡先：
現在の状況、問題点、知りたいこと
セカンドオピニオン外来の今後のより良い運営のために、相談に来られた方のご意見をすることが大切です。後日、こちらからお電話またはお手紙を差し上げても構わない方は、可に○をお付けください。 可                      ・                      否

徳島大学病院・セカンドオピニオン外来

〒770-8503 徳島市蔵本町2-50-1 Tel : 088-633-9654 Fax : 0120-335-979

ご相談者様 ご記入用

1枚で足りなければお使い下さい。