

No.

平成 年 月 日

## セカンドオピニオン報告書

(フリガナ) 患者氏名		男	生年月日	T・S・H	年	月	日
		女					
住 所	〒	電話 ( )					
(フリガナ) 相談者氏名		男	生年月日	T・S・H	年	月	日
		女					
相談者住所	〒	電話 ( )					
相談時間	平成 年 月 日 時 分 ~ 時 分						
相談者に対する報告							
<p>相談年月日 平成 年 月 日 診療科 科 回答医師の署名捺印</p>							
<p><b>岐阜大学医学部附属病院</b></p>							