

紀南病院セカンドオピニオン外来 申込書

「セカンドオピニオン外来のご案内」の内容を了承した上で、セカンドオピニオン外来を申し込みます。

令和 年 月 日 相談者氏名 _____ 印

患者	ふりがな 氏 名	男 女	生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日 _____ 歳
	住所 〒	TEL (_____)	
相談者	ふりがな 氏 名 患者との続柄 (_____)		
	住所 〒		
	TEL (_____)	FAX (_____)	
携帯 (_____)			
病 名 _____ 【 _____ 】科を希望			
相談目的			
今までの経過			
現在の状況			
受診している医療機関			
病院名： _____		住所： _____	
主治医： _____		科 _____ 先生	
資 料： 手元にある ・ これから準備 (_____ 月 _____ 日迄に揃う予定)			
【紹介状・画像・検査データ (_____)・その他 (_____)】			
相談日について (月～金の9時～17時) ご都合の悪い日・時間をお知らせください。			
診療情報提供医への報告書送付を希望しない方はお申し出ください。			

FAX) 0739-22-1023