

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。

平成 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 年 月 日
	住所 〒	TEL ()	
相談者	ふりがな 患者との続柄 ()		
	氏名		
	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・時間をお知らせ下さい。 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下さい。			