≪様式1≫

セカンドオピニオン申込書

		申込日	年　月　日
ふりがな 患者氏名	男・女	生年月日	＊西暦でご記入下さい 年　月　日（　歳）
患者連絡先	〒（　－　）　（電話　－　－　）（FAX　－　－　） 住所：		
＊相談者氏名		＊患者との続柄	
＊相談者連絡先	〒（　－　）　（電話　－　－　）（FAX　－　－　） 住所：		
病名			
相談内容			
現在かかっている医療機関 医療機関名： 診療科：　主治医：			
現在の状態（〇で囲んでください）　入院中 ・ 通院中 ・ その他（　）			
＊患者さまご本人が受診される場合は「相談者氏名、患者との続柄、相談者連絡先」の記入は不要です。			

【当院記入欄】	
相談日時	年　月　日（　曜日）　午前・午後　時　分
担当医	科　医師
備考	

社会福祉法人　聖隷福祉事業団
総合病院　聖隷三方原病院
地域医療連携室 TEL:0120-811-559　FAX:053-439-0002