

セカンドオピニオン申込書

| | | |
|---|--------------------------------------|-------------|
| | 申込日 | 平成 年 月 日 |
| ふりがな | | 明治・大正・昭和・平成 |
| 患者氏名 | 男・女 | 生年月日 |
| 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 (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 | 平成 | 年 | 月 | 日 (曜日) | 午前・午後 | 時 |
| 担当医 | 科 | | | 医師 | | |
| 備考 | | | | | | |

FAX返信日 : 年 月 日

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