

苫小牧市立病院地域医療連携室 行き

ファックス番号 **0144-33-4678** (番号をお間違えの無いようお確かめください)

セカンドオピニオン外来申込書

太枠の中のみご記入願います		お申込年月日	平成 年 月 日
患者さんのお名前	フリガナ 氏 名	生年月日	M・T・S・H 年 月 日
	男 女		
ご相談される方	氏 名	患者さんとの 続 柄	
	住 所	電話番号()	—
セカンドオピニオンを受けること患者さん本人の同意		有	無
ご相談を希望する診療科	科		
病 名			
現在の状態	入院中・通院中		
	主治医の医療機関名 診療科名 主治医のお名前	病院・医院 先生	
ご相談の内容 ご自由にお書きください。	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----		
診療経過のわかる資料(紹介状 レントゲンフィルム 検査結果など)		あり	なし 依頼中
ご相談希望日	平成 年 月 日	曜日	午後 時

セカンドオピニオン外来は保険診療外となりますのでご了承ください。

当院記入欄

受付番号		受付年月日	年 月 日
相談決定日	年 月 日	曜日	午後 時
担当医師	科 医師		
相談者への連絡	済(月 日 時 分) 未		