

セカンドオピニオン外来 申込書

地域連携室 FAX：0555-22-8018 TEL：0555-22-4330

申込日 年 月 日

【紹介元医療機関】

ご住所 〒

TEL FAX

医療機関名

科 先生

| | | | |
|--------------------------|---|---------------------------------|---|
| ふりがな | | | |
| 患者さん氏名 | | 性別 | (男 <input type="checkbox"/> ・ 女 <input type="checkbox"/>) |
| 生年月日 (年齢) | 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> | 年 月 日 | (歳) |
| 住所 | 〒 | | |
| | TEL | | |
| <input type="checkbox"/> | 患者さん本人が来院 | 【セカンドオピニオン同意書】を一緒に送信してください。 | |
| <input type="checkbox"/> | 患者さん本人以外が来院 | 【セカンドオピニオン代理相談同意書】を一緒に送信してください。 | |