たまき青空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込みます。

令和　　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	歳
	住所　〒		TEL(　　－　　－　　)	
相談者	ふりがな 氏名 住所　〒		TEL(　　－　　－　　) 携帯(　　－　　－　　)	
・病名			【　　】科 を希望	
・相談の目的				
・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(　　先生宛)・画像(フイルム・CD－R・DVD)・プレパラート・その他(　　)〕

・相談日について(月～土の9時～17時)ご都合の悪い日・時間をお知らせください。

FAX088－642－6376