

# セカンドオピニオン外来 申込書

訴訟等の目的に使用しないこと及び診療料金を支払うことに同意の上、以下の内容で、貴院のセカンドオピニオン外来受診を申し込みます。

令和 年 月 日 申込者 氏名

患者様の氏名・性別	フリガナ _____ 様（男・女）
生年月日（年齢）	（明治・大正・昭和・平成） 年 月 日生（ 歳）
患者様の御住所・連絡先	住所：〒 _____ _____ TEL： _____ FAX： _____
ご相談者氏名	ご本人・ご家族（続柄 _____）
ご相談者のご住所・連絡先	住所：〒 _____ _____ TEL： _____ FAX： _____
御相談の希望日	_____ 年 _____ 月 _____ 日（ ）ころ
疾患名	#1 #2 #3
御相談の具体的な内容 （ご自由にお書きください。用紙不足の場合には別紙でも結構です）	

\* 御相談当日には、紹介状及び出来る限りの検査資料をお借りしてください。

\* 御相談日は御希望に添えないことがありますので、御了承ください。

昭和伊南総合病院 地域連携室

〒399-4117 駒ヶ根市赤穂3230番地

TEL：0265-82-2121（内線2651）

FAX：0265-81-5519