

様式1

公立置賜病院セカンドオピニオン 申込書

主治医の同意を得ましたので、以下の内容で貴院のセカンドオピニオンを申し込みます。

公立置賜総合病院
相談支援センター

TEL 0238 - 46 - 5000(内1902)

FAX 0238 - 46 - 5722

平成 年 月 日

申 込 者 氏 名		患 者 様 と の 続 柄	
ご 相 談 者 の 連 絡 先		〒	
		TEL(自宅) ()	
		TEL(携帯) ()	

患 者 様 の 氏 名、性 別	ふりがな ----- 様 (男・女)		
生 年 月 日 (年 齢)	(大正・昭和・平成) 年 月 日生 (歳)		
当 院 受 診 歴	有 り・無 し	診察カード カルテNO.	
ご 住 所	〒		
相 談 希 望 科	科		
疾 患 名			
ご相談の具体的な内容 (ご自由にお書きください。)			
主治医の医療機関とお名前	()病院、診療所 ()科、()先生		
主治医のご住所、連絡先	ご住所 TEL ()		

相 談 日 希 望	1週間以内 1週間以降でも可 その他()		
-----------	-----------------------------	--	--