

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1911)
FAX 0238-46-5030

令和 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・令和) 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	<input type="checkbox"/> 1週間以内 <input type="checkbox"/> 1週間以降でも可 <input type="checkbox"/> その他()
-------	--