山口県済生会下関総合病院　セカンドオピニオン外来申込書

　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　****

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 患者さんの氏名  　フリガナ　性別 | ﾌﾘｶﾞﾅ | |
| 男　・　女 | |
| 患者さんの生年月日 | 大正･昭和  平成・令和　　　　　　年　　　月　　　日（　　　才） | |
| ご相談者の住所  　及び連絡先 | 〒 | |
| 電話番号  自宅：　　　　　　　　　　　　　　携帯： | |
| ご相談者の続柄 | ご本人　・　ご家族(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | |
| 疾患名 | (1)  (2)  (3) | □外来通院中  □入院中 |
| ご相談内容・ご希望  (ご自由にお書きください。用紙が不足している場合には別紙を添付して下さい) |  | |
| 相談希望日 | (1)　　　月　　　日(　　　) 午前・午後  (2)　　　月　　　日(　　　) 午前・午後  　　　　　　　　　ご希望に添えないこともあります。ご了承下さい。 | |
| 主治医の医療機関と  お名前 | 医療機関名：  主治医　　　　　　　　科　　　　　　　　　　　　　先生  住所：  電話番号：  (連携室電話番号：　　　　　　　　　　　FAX： ) | |

山口県済生会下関総合病院　地域医療連携室 　　　TEL：083-262-2300(代表)

　　　FAX：083-262-2321(連携室直通)

|  |  |
| --- | --- |
| セカンドオピニオン  　　　担当医 | 科　　　　　　　　　　　　　　先生 |
| 相談予定日時 | 年　　　月　　　日(　　)　　　　： |