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(　　)　　　　： |