

徳島県立三好病院セカンドオピニオン外来申込書

令和 年 月 日

フリガナ			
氏名・性別	性別：（ 男 ・ 女 ）		
生年月日（年齢）	昭和 ・ 平成	年	月 日 （ 歳）
住所	（〒 - ）		
フリガナ			
相談者の氏名			
相談者の続柄	患者本人 ・ 家族（続柄： ）		
連絡先	電 話 ： （ ）	—	
	携帯電話 ： （ ）	—	
	F A X ： （ ）	—	
相談に来られる方	患者本人のみ ・ 患者本人と家族 ・ 家族のみ		
診断名又は症状			
相談希望日	第1希望	月 日	都合の悪い日
	第2希望	月 日	月 日
	第3希望	月 日	
セカンドオピニオン 希望診療科	※希望する医師がある場合は、医師名も記載して下さい 科 医師		
現在の主治医	医療機関の名称 ： 診療科 ： 医師の氏名：		
相談の具体的内容 1) 2) 3)	※現在までの経過やお聞きになりたいことを具体的にお書き下さい		
当院の受診の有無	有： 診察券の番号（ ） ・ 無		

<病院記載欄>

相談日時	月 日 曜日	時 分
担当医	科	医師
相談場所		