# 市立大町総合病院セカンドオピニオン外来　申込書

年　　月　　日　ご相談者氏名　　印

| | |
|---|---|
| ふりがな | |
| 患者さん氏名（性別） | 様　（男・女） |
| 患者さん生年月日（年齢） | （大正・昭和・平成）　　年　　月　　日 |
| 患者さんの住所・電話番号<br>（ご相談者と違う場合のみご記入ください） | 〒<br>TEL　　（　　） |
| ご相談者の住所・電話番号 | 〒<br>TEL　　（　　）<br>FAX　　（　　）<br>昼間連絡可能な番号　　（　　） |
| ご相談者の続柄 | ご本人　・　ご家族（続柄　　） |
| 疾患名 | ＃１.<br>＃２.<br>＃３. |
| ご相談の具体的な内容 | |
| 主治医の医療機関名 | （　　）病院、診療所<br>（　　）科　（　　）先生 |
| 上記医療機関の住所・連絡先<br>（お分かりになる範囲で結構です） | 〒<br>TEL　　（　　） |