

市立大町総合病院セカンドオピニオン外来 申込書

平成 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 (ご相談者と違う場合のみご記入ください)	〒 TEL ()
ご相談者の住所・電話番号	〒 TEL () FAX () 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. # 2. # 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 () 科 () 先生
上記医療機関の住所・連絡先 (お分かりになる範囲で結構です)	〒 TEL ()