

セカンドオピニオン外来申込書

平成 年 月 日

患者様	ふりがな		生年月日	明・大・昭・平
	氏名	(男・女)		年 月 日
	住所	〒	電話番号 携帯電話	
	当院診療券	(いずれかを で囲んでください) 持っている(患者番号) ・ 持っていない		
相談者	氏名		患者様との 関係	
	住所		電話番号 携帯電話	
	来院 される方	(いずれかを で囲んでください) 患者様本人 ・ 患者様本人とご家族 ・ ご家族のみ		
	相談希望 の診療科			
資料	ご持参資料等 ・ 紹介状 ・ X線フィルム ・ その他()			
相談内容	相談事項を具体的にご記入下さい			

厚生連高岡病院