

セカンドオピニオン外来申込書

令和 年 月 日

(ふりがな) 患者さまの 氏名			生年月日	明・大・昭・平	
	(男・女)			年	月
現住所	TEL() - FAX() -				
相談者氏名		続柄		紹介状及び 検査データ など	有・無
希望診療科	()科				
又は希望医師	()医師				
相談日	1週間以内に・2週間以内に・特になし(いずれかに○をつけてください)				
相談に 来られる方	ご本人・ご本人とご家族・ご家族(いずれかに○をつけてください)				
【相談内容】					
○診断名または症状(現状でわかる範囲を書いてください)					
○現在かかられている病院名					
○その他(現在までの経過や聞きたいことを書いてください)					

済生会今治病院 総合医療支援室
 今治市喜田村7丁目1番6号
 直通TEL(0898)47-2571
 直通FAX(0898)47-2826