

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 年 月 日		
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】 <input type="checkbox"/> 診断名または症状(現状でわかる範囲を書いてください) <input type="checkbox"/> 現在かかられている病院名 <input type="checkbox"/> 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