

医療法人八重瀬会 同仁病院

《セカンドオピニオン外来 申込書》

【申込日】 令和 年 月 日

申込書 FAX:098-874-7033

患者氏名・性別	ふりがな	男 ・ 女
生年月日	(大正・昭和・平成・令和) 年 月 日生 () 歳	
住所・連絡先	〒 - (自宅・携帯・その他)	
相談希望診療科 担当医師	希望診療科 () 希望医師 ()	
ご相談内容 (ご自由にお書きください。記入欄が足りない場合は別紙添付可)		
患者様の現在の状況	現在 (入院中 ・ 通院中) 受診中または入院中の医療機関及び主治医名 【医療機関名】 【主治医】 科 医師	
添付資料	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書 <input type="checkbox"/> 画像 (CT・MRI・その他) <input type="checkbox"/> 検査データ <input type="checkbox"/> その他 ()	

医療法人 八重瀬会 同仁病院 地域医療連携室

TEL:098-870-5375 FAX: 098-874-7033