

笹 生 病 院

セカンドオピニオン外来 申込書

申込日 平成 年 月 日 相談者氏名 (続柄)

患 者	カナ 氏名	男 ・ 女	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳)
	住所 〒		TEL — — 携帯 — —

相 談 者	カナ 氏名	続柄	連絡先 TEL — —
	住所 〒		FAX — — 携帯 — —

疾患名	
-----	--

相談希望日	① 平成 年 月 日 ()	② 平成 年 月 日 ()
-------	----------------	----------------

相談内容	(ご自由にお書きください。記入欄不足の場合は、別紙を添付してください。)

受診している医療機関	
医療機関名: _____	通院中 入院中
主治医: _____ 科 _____ 医師	
住 所: _____	
電 話: _____	

添付する資料 (該当項目に○をつけてください)		
・診療情報提供書	・画像診断フィルム	・検査データ
・その他()		

※《予約票(当院記載欄)》	
日 時:平成 年 月 日 ()	: ~
担当医師:	

笹生病院 医療連携室
 TEL 0798-37-3131
 FAX 0798-37-3132