

# セカンドオピニオン外来申込書

記入日：令和 年 月 日

	氏 名	生年月日	年齢	性別
本人	(ふりがな)	M・T・S・H・R	歳	男・女
		年 月 日		
相談者	氏 名	生年月日	年齢	性別
	(ふりがな)	M・T・S・H・R	歳	男・女
		年 月 日		
	住 所	連絡先		
〒	Tel ( ) -			

患者様の現在の状況（いずれかを○で囲んで下さい）  
入院中 ・ 通院中 ・ その他（ ）

病名

具体的な相談内容  
（ご自由にお書き下さい。用紙が不足する場合は別紙でも結構です）

入院先または通院先

医療機関名

診療科 主治医

※上記ご記入の上、FAX 075-621-3119 または郵送で〒612-8473 京都市伏見区下鳥羽広長町 101 番地 蘇生会総合病院 地域連携・患者サポート室 宛てまでお送り下さい。

尚、このセカンドオピニオン外来申込書にて申請されると同時に、当院でのセカンドオピニオン外来の内容と手順等に同意されたものとします。

「病院記載欄」

相談予定日時	令和 年 月 日 ( ) 時 分
相談担当医	科 Dr
相談場所	