済生会境港総合病院　セカンドオピニオン外来申込書

記載日（　　年　　月　　日）　ご相談者氏名（　　）
ご相談者連絡先（　　）

（フリガナ）	
患者様氏名	
生年月日 （年齢／性別）	大正・昭和・平成・令和　　年　　月　　日（　　歳）（ 男 ・ 女 ）
ご住所	郵便番号　　－
電話番号 （※電話番号は携帯電話等必ず連絡の取れる番号をご記入ください）	電話番号　　（　　） 携帯番号　　（　　） ＦＡＸ番号　　（　　）
ご相談者の続柄	ご本人　　・　　ご家族（続柄　　） ※患者様ご本人からの相談を原則とします。ご家族（二親等以内）の方の相談も可能ですが、ご家族のみでの相談の場合は患者様本人の同意書が必要となります。
疾患名 （分かる範囲でご記載下さい）	
ご相談の具体的な内容 （ご自由にお書きください。用紙が不足する場合は、別紙でも結構です。）	
現在受診している医療機関名及び主治医	（　　）病院・診療所 （　　科　　先生）

以上をご記入の上、診療情報提供書とともに
地域医療総合支援センター（FAX:０８５９―４２－５８０５）へお申し込みください。