名寄市立総合病院

セカンドオピニオン外来申込書

記入日：平成　　年　　月　　日

患者	氏　　名	生年月日	年齢	性別
	（フリガナ）	明治・大正・昭和・平成 年　月　日	歳	男・女
相談者	氏　　名　（続柄）	生年月日	年齢	性別
	（フリガナ） （　　）	明治・大正・昭和・平成 年　月　日	歳	男・女
	住　　所		連絡先	
			TEL（　　－　　－　　）	

患者の現在の状況（いずれかを〇で囲んでください）

入院中・通院中・その他（　　）

病　名

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

（入院先又は通院先）

医療機関名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

診療科名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　主治医：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【病院（相談担当医師）記載欄】

相談予定日	平成　　年　　月　　日（　　）　　時　　分
相談担当医師	科　　医師
相談場所	

※ 太枠の中をご記入の上、医療支援相談室にお申し込みください。