

セカンドオピニオン外来 申込書

※太枠の中をご記入ください

		申込日	平成	年	月	日
フリガナ		性別	生年月日			年齢
患者さま氏名		男・女	明大	昭平		歳
		患者さま 住所			患者さま 電話番号	
〒						
フリガナ		患者との続柄		相談者 電話番号 FAX番号		
相談者氏名				電話		
		相談者 住所		FAX		
〒				携帯		
入院先または通院先						
病院名						
所在地						
電話番号						
ご相談の目的						
<input type="checkbox"/> 主治医による診断や治療の説明を受けたが、診断に確信が持てず悩んでいる場合						
<input type="checkbox"/> 主治医から勧められた治療法を選択・決断する情報が不足しているか、あるいは迷っている場合						
<input type="checkbox"/> 主治医から勧められた以外の治療法を考えている場合						
<input type="checkbox"/> その他						
具体的相談内容						
その他意見・要望等						

セカンドオピニオン外来決定日						
平成 年 月 日 午前・午後 時						
診療科名		医師名				
実施場所		患者番号				

鈴鹿中央総合病院 地域連携室 電話番号 059-384-1057(直通)
FAX番号 059-384-1015(直通)