

セカンドオピニオン申込書

| | |
|---------------|-----------------------------------|
| 申込日： 令和 年 月 日 | |
| ふりがな | |
| 患者氏名 | |
| 生年月日 | 大・昭・平・令 年 月 日 () 歳 |
| 患者住所 | 〒 |
| 連絡先 | TEL - - FAX - - |
| 相談者氏名 | |
| 相談者住所 | 〒 |
| 相談者連絡先 | TEL - - |
| 希望日時 | 1. 年 月 日 () ころ |
| | 2. 年 月 日 () ころ |
| 病名 | 1. |
| | 2. |
| | 3. |
| ご相談の 具体的内容 | |
| 現在の状態 | 1 入院中（病院名 () 診療科 () 主治医名 () |
| | 2 通院中（病院名 () 診療科 () 主治医名 () |
| | 3 自宅療養等 |
| | |

| | |
|---------------|------------|
| セカンドオピニオン決定日 | 令和 年 月 日 |
| セカンドオピニオン担当医師 | 科 医師 |
| 申込者への連絡日時 | 令和 年 月 日 時 |

〒847-8588 唐津市和多田 2430 唐津赤十字病院 患者総合支援センター
 TEL 0955-74-9129 FAX 0120-725-568